



Sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneeseen asiakkaaseen päivystysvastaanotolla

Postari, Saira

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

SAIRAAHOITAJIEN ASENNOITUMINEN PÄIHTYNEESEEN ASIAKKAASEEN PÄIVYSTYSVASTAANOTOLLA

Saila Postari
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2012

Saila Postari

Sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneeseen asiakkaaseen päivystysvastaanotolla

Vuosi

2012

Sivumäärä

62

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien asennoitumista päihtyneeseen asiakkaaseen päivystysvastaanotolla. Suomalaisten alkoholikäyttäytyminen on humalahakuista ja päihtyneiden määrät päivystysvastaanotoilla nousussa. Vuonna 2009 Vantaan terveyskeskuksen yhteispäivystyksen potilaista n. 7 % tuli päihtyneenä vastaanotolle. Todellisen lukumäärän arvellaan olevan jopa kolminkertainen, sillä lääkärit eivät aina merkitse diagnoosin yhteyteen sivudiagnoosiksi päihtymystä. Tilanteen helpottamiseksi useilla paikkakunnilla vastaanottojen yhteen on perustettu selviämisasemia.

Suoritin tutkimukseni eräällä eteläsuomalaisella päivystysvastaanotolla ja siihen vastasi 24 sairaanhoitajaa. Työn pääasiallinen tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen, sillä se soveltuu hyvin arvojen ja asenteiden mittaamiseen. Sairaanhoitajat saivat täytettäväkseen kyselyn, jossa oli 28 väittämää Likertin asteikolla. Analysoin tulokset SPSS -ohjelmalla. Kyselyssäni oli lisäksi kaksi avointa kysymystä. Kysyin kokevatko sairaanhoitajat asennoitumisensa vaikuttavan heikentävästi päihtyneen asiakkaan hoitoon ja miten heidän jaksamistaan voitaisiin tukea. Kysymysten tulokset analysoin sisällönanalyysillä.

Työssä käytetty teoria osoittaa, että sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneeseen asiakkaaseen niin Suomessa kuin kansainvälisestikin on pääosin negatiivista. Työni tulokset tukevat tätä käsitystä. Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista valtaosa (79,2 %) koki päihtyneen aiheuttavan negatiivisia tunteita ja yli puolet (66,7 %) ei kokenut myötätuntoa päihtyneestä kohtaan. Muita potilaita vaativammaksi päihtyneiden hoidon koki 79,2 % hoitajista ja lähes kaikki vastanneet (95,8 %) kokivat päihtyneen käyttäytymisen aiheuttavan hankaluuksia vastaanotolla. Kuitenkin 66,7 % vastaajista oli sitä mieltä, että päihtyneellä on oikeus vaikuttaa hoitoonsa ja suurimmalla osalla oli hyviä kokemuksia päihtyneen kohtaamisesta ja hoidosta. Puolet vastaajista (50 %) koki päihtymyksen silti vaikuttavan hoidon saamiseen. Työstäni voi nostaa esille joitakin syitä, jotka voivat johtaa negatiiviseen asennoitumiseen. Päihtyneet palaavat hoitoon toistuvasti usein pienenkin syyn takia ja suhtautuvat hoitoonsa ja hoitajiin epäkiitollisesti. Lisäksi he aiheuttavat runsaasti vaikeuksia vastaanotolla. Hoitajien omat voimavarat eivät aina riitä ja henkilökuntaa tarvittaisiin enemmän. Selkeät toimintamallit päihtyneen hoidosta ja jatkohoitokontaktit puuttuvat. Lisäksi työntajan tuen määrä koetaan vähäiseksi.

Työni tuloksista käy ilmi, että tutkimassani kohteessa päihtyneiden hoito koetaan raskaaksi ja siinä koetaan olevan monia epäkohtia. Tuloksia ei kuitenkaan voida pitää sovellettavina muihin yksiköihin, sillä tutkimuksen otanta oli pieni. Tulokset ovat silti yhdenmukaiset teoriassa esitettyjen kansainvälisten tutkimusten kanssa. Tutkimalla ja korjaamalla epäkohtia sairaanhoitajien asennoitumista ja päihtyneiden hoitoa voidaan kehittää. Työpaikkakohtaiselle koulutukselle ja ohjeistuksille päihtyneen hoidosta on tarvetta. Päivystysvastaanottojen ja päihdetyöstä vastaavien tahojen välistä yhteistyötä olisi myös kehitettävä toimivan jatkohoitajärjestelmän luomiseksi. Työturvallisuus ja jaksaminen puolestaan voidaan varmistaa palkkaamalla riittävästi henkilökuntaa. Toivoisinkin työnantajan etsivän ratkaisuja ongelmiin yhdessä sairaanhoitajien kanssa. Toteuttamalla uusintatutkimus sovitun ajan kuluttua olisi mahdollista nähdä, onko kehitystä tapahtunut.

Asiasanat: sairaanhoitaja, asennoituminen, päihtynyt asiakas, päivystysvastaanotto

Saila Postari

Attitudes of Nurses to an Intoxicated Customer in Emergency Care

Year	2012	Pages	62
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor' thesis was to describe attitudes of nurses to an intoxicated customer in emergency care. It is typical of Finnish alcohol culture that a state of intoxication is sought, and the number of intoxicated patients is going up in emergency care. In 2009, roughly 7 % of the patients in Vantaa health centre joint emergency duty service appeared in emergency care intoxicated. The real number is estimated to be even threefold, because physicians not always attach the subsidiary diagnosis 'state of intoxication' to the primary diagnosis. To ease the situation, detoxification centres have been established in several places close to where emergency care is given.

The study was conducted in an emergency care facility in the south of Finland, and 24 nurses responded to it. The major research method was quantitative, because it can well be applied to measuring values and attitudes. The nurses were assigned to fill out an enquiry with 28 Likert scale statements, and the findings were analysed by SPSS. The enquiry also contained two open questions. I asked the nurses whether they felt their attitudes had a deteriorating effect on the care of an intoxicated customer, and how their coping could be supported. The findings of the enquiry were interpreted by content analysis.

The theory used in the work shows that nurses both in Finland and abroad have a mainly negative attitude to an intoxicated customer. The findings of my work also support this view. Most of the respondents (79,2 %) felt an intoxicated customer caused negative emotions, and much more than half (66,7 %) did not feel any sympathy for him/her. 79,2 % of the nurses considered the care of intoxicated customers more demanding than other patients, and nearly all respondents (95,8 %) felt that the behaviour of an intoxicated patient caused difficulties. The majority of the respondents (66,7 %) were of the opinion that intoxicated customers have the right to influence their own treatment and most of the respondents also had positive experiences about treating intoxicated clients. Half of the respondents (50 %) deemed that intoxication had an effect on receiving treatment. From the work, some reasons can be derived that might be the source of negative attitudes. First, intoxicated persons repeatedly return to treatment often because of the slightest reason and have an unrewarding attitude to the nurses and their care. Second, they cause a lot of trouble in emergency care. The resources of nurses are not always enough, and more staff would be needed. There are no clear action models for the treatment of an intoxicated person and further treatment contacts are also lacking. Moreover, support from employers is considered insufficient.

The findings of the graduate thesis show that in the target studied the care of intoxicated is considered demanding with many of its faults. However, the findings cannot be applied to other units on account of the small sampling. Nevertheless, the findings comply in theory with the international studies presented. The treatment of intoxicated patients and the attitudes of nurses can be developed by studying and correcting faults. In the treatment, there is a need for on-the-job training and instructions. Cooperation between emergency care facilities and those responsible for persons abusing intoxicants should also be improved to create an effective system for further care. By recruiting enough staff, job safety and coping can be guaranteed. Hence, I hope employers would seek solutions to problems together with nurses. Possible developments could be seen if a new study were carried out after a fixed period of time.

Keywords: nurse, attitude, intoxicated customer, emergency care (facility)

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Sairaanhoitajan ammatti	8
2.1	Sairaanhoitajan eettisyys ja sitä ohjaavat lait sekä ohjeistukset	8
2.2	Eettisyyttä ohjaavat asenteet ja stereotypiat	9
3	Eettisesti erilaiset hoitokäytännöt	10
3.1	Paternalistinen eli holhoava hoitokäytäntö	10
3.2	Liberalistinen hoitokäytäntö	12
4	Päihtynyt ja päihteet	13
4.1	Alkoholi	13
4.2	Huumeet	14
4.3	Lääkeaineet	16
4.4	Päihtyneet päivystysvastaanotoilla	17
5	Asennoituminen päihdeongelmaisiin	18
5.1	Sairaanhoitajien asenteet päihdeongelmaisiin tutkimusten valossa	18
5.2	Sytä negatiiviseen asennoitumiseen	20
6	Päihtyneen avuntarve ja hoitava kohtaaminen	21
6.1	Päihtyneen avuntarve	21
6.2	Päihtyneen hoitava kohtaaminen	22
6.3	Sairaanhoitajan päihdeosaaminen ja sen ylläpitäminen	22
7	Työmenetelmiä päihtyneen auttamiseksi	24
7.1	Päihteen käytön puheeksi ottaminen	24
7.2	Lyhytneuvonta työvälineenä	24
7.3	Jatkohoitoon ohjaaminen	25
8	Tutkimuksen tausta, tarve ja tarkoitus	25
9	Tutkimusmenetelmä	26
10	Tutkimuksen kohderyhmä	27
11	Aineiston keruu ja analyysi	28
12	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	28
13	Tutkimuksen tulokset	30
13.1	Millaista on sairaanhoitajien asennoituminen päihtynyttä asiakasta kohtaan?	30
13.2	Kokevatko sairaanhoitajat asennoitumisensa vaikuttavan heikentävästi päihtyneen henkilön hoitoon?	42
13.2.1	Kyllä -vastaukset	43
13.2.2	Ei -vastaukset	44
13.2.3	Riippuu tilanteesta -vastaukset	44
13.3	Miten sairaanhoitajien jaksamista päihtyneiden asiakkaiden hoidossa voisi tukea?	45
14	Tulosten yhteenveto	47

15	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	49
	Lähteet	52
	Liitteet	55

1 Johdanto

Suomessa on arviolta 300 000-500 000 alkoholin riskikäyttäjää. Alkoholin väärinkäytön kansanterveydellinen vaikutus on merkittävä. Alkoholi aiheuttaa onnettomuus-, väkivalta-, terveys- ja sosiaalikustannuksia ja -haittoja. Vuonna 2007 alkoholin välittömiin tai välillisiin syihin menehtyi 4647 ihmistä. (Tilastokeskus 2008.) Myös huumeiden käyttö on yleistynyt. Erityisesti 25-34 -vuotiaiden miesten kannabiksen käyttö näyttää lisääntyneen. Vuonna 2010 huumeilla näyttäisi olleen entistä vahvempi asema etenkin nuorten kaupunkilaisten miesten juhlintavoissa sekä käyttöön liittyvässä syrjäytymiskehityksessä. (Hakkarainen, Metso, Salasuo 2010.) Lääkeaineiden ja alkoholin sekä lääkeaineiden yhteiskäyttö on yleinen ilmiö yhä nuorempien keskuudessa.

Päihtyneet asiakkaat kuormittavat enenevässä määrin päivystysvastaanottoja. Tarkkoja tilastoja päihtyneiden määrästä ei ole, sillä lääkärit eivät aina merkitse sivudiagnoosiksi päihthemystilaa. Vantaan kaupungin tilastoissa päihtyneiden määrä kaikista asiakkaista vuonna 2008 oli 6 %, kun vuonna 2009 heidän määränsä oli kasvanut seitsemään prosenttiin. Luotettavien tilastojen puuttuessa todellisen määrän arvellaan olevan jopa kolminkertainen. Useilla päivystysvastaanotoilla sairaanhoidollista valvontaa tarvitsevia päihtyneitä on siinä määrin, että päivystyksen yhteyteen on avattu selviämisasema. (Karvinen 2010, 11.)

Tutkimustieto ja alan kirjallisuus kertoo, että sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneisiin sekä päihdeongelmaisiin on ajasta toiseen enimmäkseen negatiivista. Päihdeasiakkaat koetaan vaikeiksi ja tiedon puute vaikeuttaa päihtyneen asiakkaan auttamista. Päihtyneen hoitavan kohtaamisen merkitystä ei välttämättä mielletä kovinkaan merkitykselliseksi. Kuitenkin päihtyneeseen empaattisesti suhtautuva, kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja auttamiseen motivoitunut sairaanhoitaja tekee laadukasta hoitotyötä, jolla yksilö-, yhteisö sekä yhteiskunnallisella tasolla on suurta merkitystä.

Laki ja sairaanhoitajan eettiset ohjeet määrittelevät sairaanhoitajan tehtäväksi edistää ja ylläpitää väestön terveyttä sekä ehkäistä sairauksia ja lievittää heidän kärsimyksiään. Sai-

raanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä erilaisissa elämäntilanteissa tukien ja vahvistaen heidän omia voimavarojaan ja elämänlaatua parantaen. Sairaanhoitaja on vastuussa toiminnastaan ensisijaisesti potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän luo toiminnallaan hoitokulttuuria, jossa potilas kohdataan arvokkaana ihmisenä huomioiden hänen yksilölliset arvonsa, vakaumuksensa ja tapansa. Näin myös päihtynyt on oikeutettu hyvään kohtaamiseen ja hoitoon. Sairaanhoitajuuteen kytkeytyy myös kehittäjän ja vaikuttajan rooli. Sairaanhoitajan olisikin hyvä havahtua tutkimaan omaa asennoitumistaan päihtyneeseen. (Sairaanhoitajaliitto 2012.) Yhtä tärkeää on käydä työyhteisöissä avointa keskustelua siitä, miten päihtynyt kohdataan ja millaista apua hänelle tarjotaan.

2 Sairaanhoitajan ammatti

2.1 Sairaanhoitajan eettisyys ja sitä ohjaavat lait sekä ohjeistukset

YK:n ihmisoikeudet takaavat kaikille kansalaisille yhtäläiset oikeudet ja vapaudet. Kansainväliset ihmisoikeudet ovat osa myös suomalaista oikeutta. Suomessa kaikenlaisen ihmisarvon loukkaamattomuuden, yksilön vapauden ja oikeuden sekä niiden edistämisen turvaa perustuslaki. (Perustuslaki 1999.) Sairaanhoitajan työtä ohjaavia lakeja on useita. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä määrittelee sairaanhoitajan ammattieettiset velvollisuudet ja oikeudet hoitotyössä. Erilaisten potilasryhmien kuten mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoa linjaavat omat lakinsa, mutta yhteisesti kaikkien potilaiden asemaa ja oikeuksia määrittelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Tämä takaa kaikille, sairauteen tai yhteiskunnalliseen asemaan katsomatta yhdenmukaisen ja ihmisarvoa kunnioittavan kohtelun. ”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Sairaanhoitajan työtä ohjaavat lisäksi eettiset ohjeet. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto International Council of Nurses ICN määritteli vuonna 1953 sairaanhoitajien eettiset koodit, joita mukaillen Suomen sairaanhoitajaliitto on koonnut omat eettiset ohjeensa (International Council of Nurses 2011).

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet määrittelevät sairaanhoitajan tehtäväksi edistää ja ylläpitää väestön terveyttä sekä ehkäistä sairauksia ja lievittää heidän kärsimyksiään. Hän palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä erilaisissa elämäntilanteissa tukien ja vahvistaen heidän omia voimavarojaan ja elämänlaatua parantaen. Sairaanhoitaja on vastuussa toiminnastaan ensisijaisesti potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän luo toiminnallaan hoitokulttuuria, jossa potilas kohdataan arvokkaana ihmisenä huomioiden hänen yksilölliset arvonsa, vakaumuksensa ja tapansa. Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä ja kuuntelee

tätä eläytyen hänen tilanteeseensa. Hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. (Sairaanhoitajaliitto 2012.)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön alainen valtakunnallinen eettinen terveydenhuollon neuvottelukunta ETENE ottaa kantaa hoitotyön eettisiin näkökulmiin. Lindqvist (2001) kuvaillee etiikkaa hyviksi ja oikeiksi tavoiksi elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa toisten kanssa. Eettisyys koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka määrittelevät hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikalla on tärkeä tehtävä auttaa ihmisiä ohjaamaan, arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan etenkin oman toimintansa perusteita. Etiikka itsessään ei anna valmiita vastauksia, mutta tarjoaa välineitä oikean eettisen ratkaisun valitsemiseen. (Lindqvist 2001.)

Eettisyys kumpuaa arvoista. Terveystieteiden arvopohjaan on jo parintuhannen vuoden ajan kuulunut oikeudenmukaisuus, elämän kunnioitus, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen. Nykyään siihen kuuluvat myös itsemääräämisoikeus, autonomia [itsenäisyys] ja elämän arvokkuuden korostaminen. Kivijalkana on kaikkien potilaiden yhtäläinen ihmisarvo. Oikeudenmukaisuuden kannalta oleellista on yhdenvertainen kohtelu, syrjimättömyys ja ihmisarvon kunnioittaminen. (Niinistö 2006.)

2.2 Eettisyyttä ohjaavat asenteet ja stereotypiat

Asenteesta puhutaan, kun jokin havaitsemamme toisen ihmisen piirre saa ensin tuntemaan joko myötä- tai vastenmielisyyttä ja sitten toimimme noiden tunteiden ohjaamina. Asenne onkin määritelty ”opituksi tavaksi ajatella, tuntea ja näiden ja käyttäytyä tietyllä tavalla tiettyä kohdetta kohtaan”. (Juujärvi, Myyry, Pesso 2007, 36.) Sairaanhoitaja on voinut sisäistää ajatuksen, että päihdeasiakas on omaa syytään tai huonon tahdonvoimansa vuoksi ongelmassa. Voi olla, ettei hän pysähdy edes miettimään asiakkaan kokonaistilannetta, vaan non-verbaalisti tai joskus sanoinkin osoittaa vastentahtoisuuttaan hoitaa päihtynyttä.

Stereotypiat puolestaan ovat yleisiä uskomuksia siitä, että jollakin tietyllä yksilöllä tai ryhmällä on tietynlaisia persoonallisuudenpiirteitä, arvoja, tapoja tai ominaisuuksia. Esimerkiksi marokkolaiset ovat meluisia ja ranskalaiset hienostuneita. Tiettyihin ihmisiin tai yhteisöihin liitetään mielikuvia, joilla ei välttämättä ole kovinkaan paljon tekemistä totuuden kanssa. Joskus samaan yhteisöön liitetään niin myönteisiä, kuin kielteisiäkin stereotypioita. Näin esimerkiksi omasta kansastamme ajatellaan, että olemme sisukkaita, mutta juroja. (Juujärvi ym. 2007, 280.) Sekä myönteiset, että kielteiset stereotypiat viriävät automaattisesti, kun ihminen tunnistetaan johonkin sosiaaliseen ryhmään kuuluvaksi. Tämä on ongelmallista ammatillisuuden ja eettisyyden näkökulmasta. Erityisesti kielteiset jotakin ihmisryhmää koskevat yleistyksen estävät havaitsemasta toisen ihmisen erityispiirteitä ja tarjoavat valmiita tulkin-

tamalleja hänen toiminnastaan. Omia stereotypioitaan on syytä pyrkiä havaitsemaan herkästi siksikin, että olemme taipuvaisia havaitsemaan vain stereotypiaa tukevaa tietoa ja jättämällä huomiotta sitä korjaavia tietoja. (Juujärvi ym. 2007, 98-99.)

Pahimmillaan asenteellisuus ja stereotypiat asettavat yksittäiset ihmiset ja kokonaiset ihmisryhmätkin eri -arvoiseen asemaan. Ne eristävät yksilön toisista, loukkaavat hänen ihmisarvonsa ja edistävät siten hänen tilanteensa huononemista. Asenteita ja stereotypioita on meillä kaikilla, mutta erityisen vaarallisia ne ovat esiintyessään päätöksenteossa ja terveydenhuollossa. Onko niin, että päihdeongelmainen ihminen priorisoituu tärkeysjärjestyksessä ja ihmisarvossaan hänelle? Hänen tarvitsemiaan palveluita ei ehkä järjestetä tai niihin hakeutuminen tehdään vaikeaksi. Juujärvi, Myyry ja Pesso (2007) muistuttavat, että ammatillisessa tilanteessa omien asenteiden tiedostaminen on ensiarvoisen tärkeää. Kohtaamme väistämättä ihmisiä, jotka edustavat meille vastenmielisiä asioita. Ammattieettisen toiminnan näkökulmasta meidän tulee kuitenkin pitää aina mielessämme asiakkaan etu ja puolueeton kohtelu. (Juujärvi ym. 2007, 97.)

Vaikeissa ratkaisutilanteissa voi olla hyödyksi pohtia omaa toimintaansa samanaikaisesti seuraavista näkökulmista: Mihin toiminnallani pyrin? Millaiset toimintatavat ovat hyväksyttäviä tässä tilanteessa? Kultaisen säännön mukaan toiselle pitäisi tehdä se, minkä haluaisi itselleen tehtävän. Kultainen sääntö perustuu haluun ymmärtää toisen ihmisen elämässä vaikuttavia olosuhteita, empatiaan sekä kykyyn tahtoa lähimmäisen parasta. (Niinistö 2006.) Täyttääkseen tehtävänsä hyvin ja tarkoitettulla tavalla, hoitotyössä toimivan tuleekin olla herkkä havaitsemaan tunteitaan, asenteitaan, stereotypioitaan. Tärkeää se on siksi, että niillä on merkitystä, miten asennoidumme potilaaseen.

3 Eettisesti erilaiset hoitokäytännöt

Hoitotyössä voidaan erotella erilaisia hoitokäytäntöjä. Paternalistisessa eli holhoavassa hoitokäytännössä hoidon tarkoitus saattaa olla hyvä, mutta potilas asetetaan automaattisesti hoidon kohteeksi. Liberalistisessa hoitokäytännössä taas potilaan voimavaroihin kiinnitetään huomioita ja hän osallistuu aktiivisesti hoitonsa suunnitteluun. Tarkastelemalla hoitokäytäntöjä eroineen sairaanhoitaja voi pohtia omia eettisiä ratkaisujaan ja niiden perusteluja. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 103.)

3.1 Paternalistinen eli holhoava hoitokäytäntö

Paternalistinen eli holhoava hoitokäytäntö on asiakkaan hoitamista siten, ettei hänen suostumustaan tai näkemystään kysytä. Holhoaminen ei kunnioita asiakkaan itsemääräämisoikeutta, eikä auta häntä auttamaan itseään. Ongelmallista on myös se, että heikentynyt toimintakyky

voi johtaa holhoamiseen silloinkin, kun asiakas on kykenevä yhteistyöhön. Paternalistisessa hoitokäytännössä korostuu neljä piirrettä. Ne ovat hoitajan hyveellisyys, professionaalisuus eli ammatillinen koulutus ja tietoperusta, toimintojen seurauksellisuus ja yksilökeskeisyys.

Hyveellisen hoitajan voidaan ajatella olevan rohkea, rehellinen, kohtuullinen ja oikeudenmukainen. Ammatillista hyveellisyyttä on myös tietynlainen etiketti, soveliaiden käyttäytymistapojen säännöstö, joka ylittää myös sairaanhoitajan työn ulkopuoliseen elämään. Keskustelua hoitotyöntekijöiden elämäntavoista, kuten tupakoinnista tai alkoholin käytöstä, käydään nykypäivänakin. Hyveellisyyteen vedotessaan ihminen tietää, miten tulee toimia oikein ja hän myös toimii tietämänsä mukaan ammatissaan ja elämässään. Hyveellisyys sinällään ei ole holhoavaa. Se saattaa kuitenkin edistää holhoavaa hoitokäytäntöä, ellei hoitotyöntekijä omalta hyveellisyydeltään ymmärrä autettavan ihmisen käsitystä terveydestä tai sen hoitamisesta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 105-106.) Hyveellisenä ihmisenä hoitaja saattaa kokea itsensä paremmaksi ihmiseksi kuin potilas tai olettaa tietävänsä potilasta paremmin, mikä hänelle on parhaaksi.

Professionaalisuuteen vedotaan korostaen hoitajan hoitotieteellistä osaamista ja hoitotyön toimintojen hallintaa. Nämäkään ominaisuudet eivät sinällään ole holhoavia, mutta niiden muuttuessa vallankäytön välineeksi hoitaja asettaa itsensä erityisasemaan potilaaseen nähden. Hän saattaa auktoriteettinsa avulla ohjata asiakasta toimimaan tietyllä tavalla. Esimerkkinä holhoavasta toiminnasta voi olla potilaan ohjaaminen terveellisempään elämäntapaan huomioimatta hänen yksilöllisiä tarpeitaan ja mahdollisuuksiaan toteuttaa ohjeita. Jos hoitaja perustaa ohjaamisensa pelkästään omaan ammatilliseen tietämykseensä, hän ei välttämättä ole kiinnostunut potilaan näkemyksistä terveydestä tai siitä, miksi potilas elää tavalla, jolla elää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 105-108.)

Toiminnan oikeutta arvioidaan toimintojen seurauksilla lopputuloksen perustella. Yksittäinen hoitoteko ei välttämättä sisällä suurta eettistä vaatimusta, vaan tärkeänä nähdään lopputulos. Asiakkaalle esimerkiksi annetaan tietoa valikoiden tai jopa suoranaisesti valehdellaan, jos sillä todistettavasti päästään parempaan lopputulokseen kuin totuuden kertomisella. Yleisenä periaatteena hoitotyössä kuitenkin on totuuden kertominen. Asioiden salaaminen tai valehtelu ovat tietoisia totuuden kertomisen vastaisia tekoja. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 109-110.) Lain mukaan potilaalla kuitenkin on oikeus tietää kaikki ne seikat, jotka häneen kohdistetun hoidon kannalta ovat oleellisia. Tieto tulee myös antaa siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 1992.)

Yksilökeskeisyys sinällään on yksi hoitotyötä ohjaavista arvoista. Potilaan hyvään hoitoon ja kohteluun kuuluu hänen yksilöllisten tarpeidensa huomioiminen (Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 1992.) Hoitokäytännön ollessa holhoava, hoitotyö kohdistuu nimenomaan yksilön

hoitamiseen eikä niinkään esimerkiksi yhteiskunnalliseen vastuuseen potilaiden tai potilasryhmien hoidosta. Potilas nähdään avun tarpeessa olevana kärsivänä yksilönä, jolta itseltään puuttuvat auttamisessa tarvittavat tiedot ja taidot. Yksilöllisyyden korostaminen saattaa näin edistää holhoavaa hoitokäytäntöä, jos kaikkiin potilaisiin suhtaudutaan kuin ammatillisesta avusta riippuvaiseen yksilöön. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 111.)

3.2 Liberalistinen hoitokäytäntö

Leino-Kilpi ja Välimäki (2008) kuvaavat liberalistista hoitokäytäntöä termillä voimavaraistava hoitokäytäntö. Siinä asiakkaan vapaus ja itsemääräämisoikeus korostuvat. Hänen vapauttaan vältetään rajoittamista eikä hänen puolestaan tehdä päätöksiä. Asiakas osallistuu hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitaja ei ole asiakkaan elämän asiantuntija, vaan antaa oman asiantuntijuutensa asiakkaalle käytettäväksi tulosten saavuttamiseksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 114-115.) Juujärvi, Myyry ja Pessa (2007) ovat tarkentaneet voimavaraistumisen muotoon valtaistuminen, koska ihmisen vaikutusmahdollisuudet ovat riippuvaisia vallasta. Valtaistuminen tarkoittaa kriittisen tietoisuuden saamista omasta tilanteesta ja kasvavaa kykyä toimia tähän tietoisuuteen perustuen. Valtaistavassa hoitokäytännössä hoitaja on kanssakulkija. Valtaistamisen on tarkoitus saattaa asiakas toimintaan, jonka avulla hän voi auttaa itse itseään. (Juujärvi ym. 2007, 194-196.) Sairaanhoidajan velvollisuutta työskennellä potilaan voimavaroja tukien määrittelevät sekä laki, että eettiset ohjeet. Sairaanhoidajien eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hän pyrkii tukemaan ja vahvistamaan heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. (Sairaanhoidajaliitto 2012.)

Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilas voi vaatia tehtäväksi hänen toivomiaan hoitotoimenpiteitä. Hoito on aina oltava lääketieteellisesti hyväksyttävää. Potilaan itsemääräämisoikeus on säädetty lailla. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä tai kieltäytyä hoidoista kokonaan. Hänen ollessaan vapaaehtoisessa hoidossa hänelle ei saa tehdä mitään hoitotoimenpiteitä vastoin hänen tahtoaan. Joskus potilaan oletettua tahtoa joudutaan kysymään hänet hyvin tuntevilta ihmisiltä. Potilaan ollessa terveydentilansa vuoksi kyvytön kertomaan tahtoaan, voidaan sitä kysyä hänen huoltajaltaan tai lähiomaiseltaan. Tällöinkin häntä on hoidettava tavalla, jonka voidaan olettaa olevan lähinnä hänen omaa tahtoaan. Ellei hänen tahtoaan saada selvitettyksi millään keinolla, on häntä hoidettava hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Liberalistinen hoitokäytäntö takaa siis potilaalle oikeuksia, mutta tuo tullessaan myös vastuuta. Hän on vapaa tekemään päätöksiä hoitonsa suhteen, mutta myös vastuussa päätöstensä seurauksista. Potilaan vastuuta omasta terveydestään voidaan erotella neljän näkökulman

avulla. Ensimmäisen mukaan potilas on vastuussa terveysongelman synnystä ja sen ratkaisemisesta. Näkökulma korostaa yksilön täydellistä vastuuta ja jättää terveydenhuollon kokonaan ulkopuolelle. Toisen näkökulman mukaan potilas on vastuussa terveysongelman synnystä, mutta ei ratkaisusta. Kolmannen näkökulman mukaan hän ei ole vastuussa ongelman synnystä eikä ratkaisemisesta. Viimeisimmän mukaan potilas ei ole vastuussa ongelman synnystä, mutta on kuitenkin vastuussa sen ratkaisemisesta. Hoitajalle tämä jaottelu antaa työvälineen tarkastella terveysongelmaa yhdessä potilaan kanssa. Tunnistamalla potilaan käsityksiä vapaudesta ja vastuusta on mahdollista tukea häntä löytämään itselleen paras toimintatapa. Hoitaja voi lisätä potilaan terveysongelman hoito- ja lääketieteellistä tietoa ja nostaa esille asioita, joita potilas voi itse ratkaista. Samalla on mahdollista vähentää mahdollista terveysongelman aiheuttamaa turhaa syyllisyydentunnetta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 118.)

4 Päihtynyt ja päihteet

Päihtyneellä tarkoitetaan henkilöä, joka on jonkin päihteen vaikutuksen alainen. Päihde - käsitteestä taas ei ole olemassa yhtä kattavaa selitystä. Duodecimin lääketieteen sanasto määrittelee päihteen päihdyttäväksi aineeksi, jolla vaikutetaan psyykkisiin toimintoihin (Duodecim 2012). Havio, Inkinen ja Partanen (2008, 51) määrittelevät päihteen aineeksi, jonka käytöstä aiheutuu toivottuja ja hyväksytyjä yksilöllisiä, yhteisöllisiä ja yhteiskunnallisia vaikutuksia, mutta samoilla tasoilla myös ongelmia. Käsittelen työssäni päihteiksi luettavista aineista alkoholia, huumeita ja päihtymystarkoituksessa käytettäviä lääkeaineita. Huumausaineista käsittelen eniten käytettyjä kannabista, amfetamiinia ja opiaatteja.

4.1 Alkoholi

Alkoholijuoma eli väkijuoma on etanolia sisältävä juoma. Se on laillinen päihde ja sen valmistus, tuonti, vienti ja tukkumyynti on vapautettu monopolista. Mietoja juomia lukuun ottamatta markkinointi ja mainonta ovat kiellettyjä. Myynti- ja anniskeluikärajat ovat voimassa. (Päihdelinkki 2011.) Alkoholi tuottaa mielihyvää, rentouttaa ja poistaa jännitystä sen estoja laukaisevien tekijöiden vuoksi. Verenkierron avulla alkoholi etenee nopeasti kehon eri osiin. Alkoholin vaikutuksissa on yksilöllisiä eroja riippuen mm. iästä, painosta, sukupuolesta, sairauksista ja mahdollisista lääkityksistä. Suurin osa alkoholista poistuu elimistöstä palamalla maksassa, mutta myös hengitysilman, hien ja virtsan kautta. Puhuttaessa alkoholipromillestä tarkoitetaan, että litrassa verta on 1 gramma puhdasta alkoholia. Alkoholi aiheuttaa nopeasti vaikeaa fyysistä ja psyykkistä sekä sosiaalista riippuvuutta. Sietokyky eli toleranssi nousee ja kerta kerralta humalatilan saavuttamiseksi tarvitaan suurempi määrä alkoholia. (Havio ym. 2008, 70, 76.)

Nousuhumalainen ihminen muuttuu puheliaammaksi ja tuntee mielialansa sekä itsevarmuutensa kohoavan. Kun alkoholin nauttiminen jatkuu, humalatila syvenee ja reaktiokyky sekä toimintojen koordinoiminen heikentyy. Tehtävät, jotka vaativat useiden eri asioiden huomioimista, käyvät vaikeaksi. Useimmat ihmiset ovat havaittavasti humalassa, kun veren alkoholipitoisuus on 1,5 promillea. Hermoston toiminta alkaa lamaantua ja liikkeet sekä kävely muuttuvat kömpelöiksi. Puhe muuttuu sammaltavaksi ja kuulon huononemisen myötä myös äänekkäämmäksi. Veren alkoholipitoisuuden noustessa yli kahden promillen alkoholi alkaa vaikuttaa nukutusaineen tavoin. Tajunnantaso laskee ja kivun aistimus heikentyy. Alkoholin aiheuttama vahva humalatila on kliinisesti katsoen alkoholimyrkytys. Aikuinen jonka veren alkoholipitoisuus on yli 3 promillea, on yleensä tajuton ts. sammunut. Sattuminen merkitsee aina potentiaalista hengenvaaraa, koska hengityskeskus on vaarassa lamaantua. Vaarana on myös omaan oksennukseen tukehtuminen. (Havio ym. 2008, 71.)

Alkoholin runsaan, pitkäaikaisen käytön seuraukset ovat vakavia ja useimmiten pysyviä. Sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, vatsahaava, maksasairaudet sekä haimasairaudet kuten haimatulehdus ovat tavallisia. Runsaasti alkoholia käyttävillä esiintyy vakavia aivosairauksia- ja häiriöitä, kuten aivoatrofiaa, joka tarkoittaa aivokudoskatoa. Alkoholi aiheuttaa myös epilepsiaa ja polyneuropatiaa eli ääreishermoveurioita. Psykkisiä ongelmia syntyy tai ne lisääntyvät. Ravitsemustila heikkenee aiheuttaen mm. Wernicken tautia, joka johtuu B-vitamiinin puutteesta. Hoitamattomana tauti johtaa kuolemaan tai vaikeasti invalidisoivaan Korsakovin psykoosiin. Varhain diagnosoituna Wernicken tauti on hoidettavissa tiamiinihoidolla. Hormonaaliset häiriöt aiheuttavat miehelle impotenssia ja naisilla hedelmättömyyttä. Eräs vakavimmista alkoholin käytön seurauksista on delirium tremens, joka syntyy kun alkoholin käyttöä vähennetään tai se loppuu äkillisesti. (Havio ym. 2008, 70-78.) ”Vakavin vieroitusoireyhtymä on delirium tremens, kansanomaisesti juoppohulluus, joka saattaa syntyä, kun alkoholin käyttö lopetetaan äkillisesti pitkäaikaisen käytön jälkeen. Siinä oireet ovat erittäin rajuja: näkö- ja kuuloharhoja, tajunnanmenetystä, jopa sydämen pysähtyminen. Hengenvaarallinen tila vaatii kiireellistä sairaalahoitoa.” (Käypähoito 2011.)

Suomessa on arviolta 300 000-500 000 alkoholin riskikäyttäjää. (Käypähoito 2011.) Alkoholin kansanterveydellinen vaikutus on merkittävä. Alkoholi aiheuttaa onnettomuus-, väkivalta-, terveys- ja sosiaalikustannuksia ja -haittoja. Vuonna 2007 kuolemia, joiden peruskuolemansyy oli alkoholitauti tai -myrkytys tapahtui 2184. Päihtyneenä tapaturmiin ja väkivaltaan kuolleita oli 884. Lisäksi muita kuolemia, joihin alkoholi välillisesti vaikutti, oli 1579. Näin olleen kaikkien alkoholin aiheuttamien kuolemien lukumääräksi saadaan 4647. (Tilastokeskus 2008.)

4.2 Huumeet

Suomessa tavallisimmin käytetyt huumeet ovat kannabis, amfetamiini sekä opiaatit (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo, Kotovirta 2011, 122). Huumeen käyttö on maassamme rikos. Huumeiden käyttö on jälleen yleistynyt tasaisemman kehityksen jälkeen 2010-luvun vaihteeseen mennessä. Erityisesti 25 - 34 -vuotiaiden miesten kannabiksen käyttö näyttää lisääntyneen. Muiden aineiden käyttö on pysynyt suhteellisen vakaana, vaikkakin stimulanttien ryhmässä ekstaasi ja kokaiini ovat nousseet suosiossa amfetamiinin rinnalle. Opiaateista heroiinin ovat ohittaneet lääkeopioidit, kuten buprenorfiini, tramadoli, fentanylli ja oksikodoni. Huumeilla näyttäisi olevan vuonna 2010 aikaisempaa vahvempi asema etenkin nuorten kaupunkilaisten miesten juhlintatavoissa sekä käyttöön liittyvässä syrjäytymiskehityksessä. (Hakkarainen, Metso, Salasuo 2010.)

Lailliselta asemaltaan kannabis luetaan huumausaineisiin kuuluvaksi (Päihdelinkki 2011). Kannabiksen käytön välittömiä vaikutuksia ovat estojen väheneminen, euforia ja hilpeys. Käyttäjistä saattaa tulla puheliaampi ja etäisyyksien tai minäkuvan hahmottaminen saattaa häiriintyä. Toiset taas muuttuvat uneliaiksi ja syrjäänvetäytyväksi ilman edellä mainittua aktiivisuuden vaihetta. Muisti, arviointikyky ja motoriikka heikkenevät ja paniikkitiloja voi esiintyä. Ääreisverenkierto kiihtyy, syke nousee ja silmien sidekalvot saattavat muuttua verestäviksi. Tavallisimmin noin 3-4 tunnin kuluttua käyttäjä muuttuu hiljaiseksi ja mietteliäiseksi, kunnes väsy ja nukahtaa. Aineen käyttö saattaa johtaa myös psykoositilaan. Kannabiksen käyttäjän voi tunnistaa verestävistä silmänvalkuaisista, kiiluvista silmistä tai päihtyneestä vaikutelmasta. Käytös voi olla estotonta, ”hössöttävää” ja naurunkiherrys voi kiinnittää huomioita. Poltetun hampun makea tuoksu vaatteissa, hengityksessä tai sisätiloissa on helppo havaita. (Havio, Inkinen, Partanen 2008, 84-85.)

Amfetamiini luetaan päihteenä kuuluvaksi stimulantteihin eli piristeisiin. Lailliselta asemaltaan se luokitellaan erittäin vaaralliseksi huumausaineeksi. (Päihdelinkki 2011.) Se on kemiallinen huume, jota valmistetaan muualla maailmassa laittomissa laboratorioissa ja salakuljetaan maahamme (Havio ym. 2008, 85). Suomalaisille tyypillistä on amfetamiinin runsas suonensisäinen käyttö. Amfetamiinin välittömiä psyykkisiä vaikutuksia ovat hyvänolon ja energisyyden tunne. Käyttäjistä tulee puhelias ja levoton. Jo suhteellisen pienillä annoksilla ruokahalu vähenee, hengitys ja sydämen lyöntitiheys nopeutuvat, verenpaine kohoaa ja pupillit laajenevat. Välittömiä negatiivisia vaikutuksia voivat olla ahdistus, aistiharhat ja pelot. (Havio ym. 2008, 85.) Voimakas vainoharhaisuus ja aistihavaintojen yliherkkyys sekä amfetamiinipsykoosi voi ilmetä myös käytön välittömänä vaikutuksena (Irti huumeista ry 2010).

Suonensisäisiä huumeita käytettäessä jäykkäkouristus, hepatiitit sekä hiv-tartunnat ovat mahdollisia. (Havio ym. 2008, 86.) Tarttuvien sairauksien vaara on aina olemassa, vaikka terveysneuvontapisteiden toiminnan ansiosta suonensisäisesti huumeita käyttävien HIV-tartunnat ovatkin kääntyneet rajuun laskuun. Ikävä tosiasia kuitenkin on, että noin 40 prosenttia suo-

nensisäisesti huumeita käyttävistä on saanut B-hepatiitti-tartunnan ja noin 70 - 80 % C-hepatiittitartunnan. (Irti huumeista ry 2010.)

Amfetamiinin käyttäjän saattaa tunnistaa laajentuneista silmäteristä, levottomuudesta, vapihasta, hikoilusta ja kiihtyneestä pulssista. Myös pistosjäljet käsivarsissa, sekavuus ja pelkotilat voivat kieliä amfetamiinin käytöstä. (Havio ym. 2008, 86.)

Opiaatit kuten heroiini, mielletään klassisiksi huumeiksi. Luonnonopiaatit kuten oopiumi, morfiini, heroiini ja kodeiini ovat peräisin oopiumunikosta. Vahvin niistä on heroiini, jonka vaikutus on kolme tai neljä kertaa vahvempi kuin morfiinin. Nykyisin opiaatteja voidaan valmistaa myös synteettisesti. Buprenorfiini (Temgesic, Subutex, Suboxone) on vuosia ollut käytössä vahvana kipulääkkeenä sekä opiaattiriippuvuuden hoidossa. Heroiinia käytetään suonensisäisesti ja polttamalla tai nuuskaamalla. Suomessa buprenorfiini on yleistynyt katukauppaan nopeasti. Lailliselta asemaltaan opiaatit luetaan erittäin vaarallisiin huumeisiin. (Päihdelinkki 2011.) Käytön välittömiä, houkuttelevia vaikutuksia ovat euforia ja voimakas hyvänolon tunne. Fyysinen ja psyykinen riippuvuus opiaatteihin, erityisesti heroiiniin, syntyy erittäin nopeasti. Opiaattien vieroitusoireet ovat erityisen voimakkaita ja pitkäkestoisia. Ne voivat alkaa jo muutaman tunnin kuluttua annoksen ottamisesta. Vieroitusoireita ovat mm. kivut, vatsaoireet kuten ripuli, pahoinvointi ja oksentelu. Lisäksi ilmenee vilunväreitä ja iho voi olla häiritsevästi ”kananlihalla”. Opiaatteja käyttävän voi tunnistaa supistuneista silmäteristä, euforiasta, pistosjäljistä käsivarsissa tai muualla kehossa, sekavuudesta ja voimakkaita vieroitusoireista. (Havio ym. 2008, 88-90.)

4.3 Lääkeaineet

Havio, Inkinen ja Partasen (2008) mukaan päihdetarkoitukseen käytetään enimmäkseen rauhoittavia- ja unilääkkeitä. Eniten käytettyjä ovat bentsodiatsepiinit ja lyhyt- ja pitkävaikutteiset unilääkkeet, joista valtaosa on myös bentsodiatsepiineja. Niitä käytetään päihtymystarkoituksessa keskushermostoa lamaavan vaikutuksen takia. Lääkkeet rentouttavat, rauhoittavat ja lievittävät jännitystä. Kaikille näille lääkkeille on yhteistä ylisuurina annoksina aiheutuva päihtymys- ja tokkuratila aina tajuttomuuteen asti. Niillä haetaan vastinetta monenlaiseen hätään. Bentsodiatsepiinit tulivat markkinoille 1960-luvulla. Uni- ja rauhoittavina lääkkeinä käytön lisäksi niitä on käytetty myös lihasrelaksanteina sekä epileptisten kohtausten ehkäisyssä ja hoidossa. Riippuvuutta aiheuttavan vaikutuksen takia niitä suositellaan käytettäväksi vain 2-4 viikon ajan siten, että hoidon aloittanut lääkäri huolehtisi myös lääkityksen lopettamisesta. Asianmukaisessa käytössä ne saattavat mahdollistaa sosiaalisen elämän ja työssäkäynnin, mutta pahimmillaan niiden käytöstä voi seurata voimakas riippuvuus ja elämän kapeutuminen.

Aluksi lääkkeiden väärinkäyttö ei välttämättä näy ulospäin, mutta ongelman pitkittyessä se johtaa esim. työelämässä lisääntyneisiin poissaoloihin tai sairaalomiin. Lääkkeitä käytettäessä päihtymystarkoituksessa annokset ovat lääkinnällistä tasoa suurempia. Toleranssin noustessa psyykkinen ja fyysinen riippuvuus kehittyy nopeasti. (Havio ym. 2008, 81.) Lääkeriippuvaiset ihmiset työllistävät runsaasti myös lääkäreitä koettaessaan hankkia lisää lääkkeitä keinolla millä hyvänsä (Patronen, 2005).

Lääkkeiden rauhoittavan vaikutuksen lisäksi ne aiheuttavat raukeutta ja välinpitämättömyyttä, jonka myötä ne lievittävät myös ahdistusta. Suuret annokset alentavat verenpainetta ja sydämen syketiheyttä. Tajunnan taso ja kouristuskynnys nousevat. Puhe muuttuu sammaltavaksi ja muisti sekä keskittymiskyky kärsivät. Vieroitusoireet ovat voimakkaita. Niitä ovat mm. ahdistuneisuus, paniikki, pelot, aistiharhat, epäluuloisuus, näköharhat ja erilaiset tuntemusaistin vääristymät, kuten herkkyys kosketukselle tai ihon polttelu. Lääkkeitä käytetään usein myös yhdessä alkoholin kanssa, jolloin yhteiskäytöllä käytöllä haetaan alkoholin vaikutuksen voimistumista. Alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden yhteiskäyttö on hengenvaarallista mm. siksi, että nautitut lääke- ja alkoholimäärät unohtuvat ja seurauksena saattaa yliannostuksen myötä olla kuolema. (Havio ym. 81-82,92.)

”Lääkeaineet aiheuttavat jo enemmän myrkytyskuolemia kuin alkoholi. Myrkytyskuolemien syynä on hyvin usein itsemurha, mutta myrkytyskuolemia tapahtuu myös vahinkona sekakäytön seurauksien vuoksi. Vuosittain tapahtuu satoja lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksien aiheuttamia kuolemantapauksia” (Päihdelinkki 2011).

4.4 Päihtyneet päivystysvastaanotoilla

Luotettavia tietoja päihtyneiden määrästä päivystysvastaanotoilla ei useinkaan ole saatavilla, sillä lääkärit eivät aina merkitse diagnoosin yhteyteen sivudiagnoosiksi päihtymystilaa. Vantaan terveyskeskuksen yhteispäivystyksen potilaista n. 6 % tuli päihtyneenä vastaanotolle vuonna 2008. Vuonna 2009 heitä oli jo yli 7 %. Tiedot perustuvat Vantaan kaupungin tilastoon, jossa päihtyneiksi laskettiin ne, joiden diagnoosiin oli tehty merkintä alkoholin osuudesta. Myöskään Vantaalla lääkärit eivät aina liitä diagnoosiinsa tietoa päihtymystilasta. Arvion mukaan päihtyneiden todellinen määrä saattaa olla kolminkertainen. Vantaan tilasto kuvastaa kuitenkin ongelman kasvua. (Karvinen 2010, 11.)

Päihtyneiden määrästä ja sen jatkuvasta kasvusta kertoo Peijas-Rekolan sairaalan päivystyksen yhteyteen perustettu selviämisasema. Keväällä 2010 päihdepalvelujen uudistusten yhteydessä selvitettiin hoitohenkilöstön näkökulmia päihtyneiden hoitoon. Päihtyneiden suuren määrän vuoksi päivystyksen yhteyteen avattiin selviämisasema. Selviämisasemalla päihtynyt

saa nukkua päihtymyksensä pois terveydenhuollon ammattilaisen tarkkaillessa hänen tilaansa. (Karvinen 2010, 12.)

Selviämisasemalla oli syys-lokakuussa 2010 asiakkaana 125 päihtynyttä. Heistä 39 oli naisia ja 86 miehiä, ikä keskimäärin 48 vuotta. Keskimääräinen promillemäärä oli 1,8 %. Vartijaa tarvittiin 12 kertaa. Jatkohoitopaikkana selviämisen jälkeen 77 asiakkaalle oli koti, kahdelle asiakkaalle A-klinikka, viisi asiakasta jatkoi katkaisuasemalle ja kolme päihdeasuntolaan. Kahden asiakkaan sijoituspaikaksi koitui putka. (Attendo MedOne 2010.)

5 Asennoituminen päihdeongelmaisiin

5.1 Sairaanhoidajien asenteet päihdeongelmaisiin tutkimusten valossa

Päivystysvastaanotolla päihdepotilaat herättävät usein hoitajissa turhautumista, pelkoa ja vastenmielisyyttä. Päihteen aiheuttamat vaivat saatetaan katsoa itse aiheutetuiksi, eikä henkilökunta katso velvollisuudekseen hoitaa niitä. Useimmat päihdepotilaat kokevat olevansa elämässään epäonnistuneita, ja he tuntevat suurta häpeää. Heidän taustaltaan löytyy usein sukupolvelta toiselle periytyviä vaikeita sosiaalisia ongelmia, jotka ovat tuhonneet heidän elämänsä jo varhaisesta lapsuudesta lähtien. Tarkastellessaan asennoitumistaan päihtyneisiin asiakkaisiin on hyvä muistaa, että valtaosa muistakin sairauksista on itse aiheutettuja johtuen mm. ylipainosta, tupakoinnista tai varomattomuudesta. (Salaspuro 2009.)

Terveydenhuollonhenkilökunta saattaa pitää päihteen aiheuttamien ongelmien hoitoa toimenkuvaansa kuuluvana, mutta asennoituminen päihdeongelmaiseen itseensä on kielteistä ja pessimististä. Päihdeongelmaista on hoidettu esimerkiksi murtuneen nilkan, haimatulehduksen ja maksakooman takia tai kun päihdeongelmainen on ajautumassa deliriumiin. Vain harvoin tartutaan kuitenkaan taustalla olevaan varsinaiseen ongelmaan - päihdeiden väärinkäyttöön. Korkeintaan on käytetty kyseenalaista shokkihoitoa: ”Jos juominen ei lopu, kuolette!”. Tämän jälkeen on pessimistisinä jääty odottamaan, milloin päihteen käyttö johtaa seuraavaan päivystysvastaanottokäyntiin. Päihdeongelmainen nähdään välttämättömänä pahana, joka tulee kaiken kiireen keskelle muiden potilaiden väliin ja pahimmassa tapauksessa vaatii osastolla pitkän ja kalliin hoitajakson. (Seppä 2003, 92.)

Lääkäri Maarit Rauhala Helsingin Diakonissalaitoksen huumevieroitusosastolta toteaa päihteenkäyttäjän olevan ”ei-toivottu” potilas. Päihdepotilaiden käynnit painottuvat päivystysaikaan ja päihdepotilas tarvitsee usein valvontaa. Myös jatkohoitopaikan järjestäminen nähdään vaikeaksi. Hoitohenkilökunnan keskuudessa negatiiviset asenteet, kuten ”ei kuulu meille”, ”ei kannata hoitaa” tai ”ei osata” ovat tavallisia. Itse päihdeongelmaiset kokevat itsensä toisen

luokan kansalaisiksi ja saavat tylyäkin kohtelua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. (Rauhala 2008.)

Kelleher (2007) on tutkinut Irlannissa ensihoidon terveydenhuollon ammattilaisten asenteita päihdeongelmaisia kohtaan ja heidän valmiuksiaan tarttua päihdeongelmaan. Irlannissa joka neljäs (28 %) päivystysvastaanotolla olevista potilaista oli hoidossa päihteiden aiheuttaminen vammojen tai sairauksien takia ja joka kahdeksas (13 %) klinisen alkoholimyrkytystilan takia. Kelleherin mukaan runsaasti päihtyneitä potilaita kohtaavalla päivystysvastaanoton henkilökunnalla olisi hyvä mahdollisuus päihdeongelman varhaiseen puuttumiseen ja jatkohoidon järjestämiseen. Irlannissa asenteita ja päihdeongelmaan tarttumista ei Kelleherin mukaan ole luotettavasti tutkittu, mutta kansainvälisissä tutkimuksissa päihdeongelman havaitseminen ja hoitoon ohjaus jäi hälyttävän alhaiseksi. Päihdeongelma ensihoidon yksiköissä havaittiin vain 25-50% potilaista, eli valitettavan moni potilaista jäi diagnosoimatta ja auttamisen mahdollisuus menetettiin. Kelleherin mukaan useissa tutkimuksissa on noussut esille, että terveydenhuollon ammattilaisten tiedon puute ja negatiiviset asenteet ovat vaikuttamassa haitallisesti päihdeongelmaisten saamaan hoitoon. Asenteellisuus päihdeongelmaisia ei Kelleherin mukaan myöskään ole uusi asia. Jo 30 vuotta sitten tehdyt tutkimukset hoitotyön opiskelijoiden parissa paljastivat negatiivisia asenteita päihteenkäyttäjiä kohtaan. (Kelleher 2007.)

Vaikeudet päihdepotilaiden hoidossa ovat kirjallisuudessa hyvin tunnettuja. Happell, Taylor (2001) tutkivat Australian Melbournessa sijaitseva yksityissairaalan sairaanhoitajien asenteita ja osaamista alkoholi- ja huumeapotilaiden hoidossa. Osa hoitajista käytti työmenetelmänään päihdealan ammattilaisten konsultoimista päihdepotilaan kohdatessaan, osa ei. Happell ja Taylor halusivat selvittää, onko näiden hoitajien asenteissa ja osaamisessa eroja. Kysely jaettiin 200 hoitajalle ja vastaus saatiin 106 hoitajalta. Tutkimuksen taustateoriasta käy selvästi ilmi, että hoitajat kokevat päihdepotilaiden hoitamisen vaikeaksi ja epämiellyttäväksi. Ongelma näyttäytyy niin laajana ja muuttumattomana, että päihdepotilaat näyttävät jäävän pysyvästi ei-toivotuksi asiakasryhmäksi hoitajien keskuudessa. Kirjallisuudesta ilmenee myös, että tiedon ja taidon puute osaltaan vaikuttaa negatiiviseen suhtautumiseen. Siksi olisi loogista päätellä, että tiedon lisäämisellä olisi positiivinen vaikutus tilanteeseen.

Happellin ja Taylorin (2001) tutkimuksen mukaan esimerkiksi Australiassa ja Iso-Britanniassa sairaanhoitajien koulutukseen sisältyy hyvin vähän tietoa päihdehoidosta. Varhaisen puuttumisen ja hallitun juomisen ohjaamisen taitoja ei opeteta juuri lainkaan. Varhaisen puuttumisen mainitaan kuitenkin olevan todistettu useissa tutkimuksissa. Tutkimuksesta selviää, että Australiassa 60 % hoitajista ei ollut saanut minkäänlaista täydennyskoulutusta päihdehoidosta sitten kouluaikojensa. Kuitenkin 91 % hoitajista ilmaisi halukkuutensa lisäkoulutukseen. Kävi ilmi myös, että mukaan sairaaloissa joissa on päihdehoito- ohjelma, hoito on tehokkaampaa ja hoitajien kuormitus vähäisempää.

Happellin ja Taylorin (2001) haastatteleminen hoitajien vastauksista on nähtävissä, että asennoituminen päihdeongelmaisiin ei ole positiivista, vaan vähemmän negatiivista kuin aiemmissa tutkimuksissa on todettu. Syiksi tähän voitiin nähdä mm. päihdetyöhön perehtyneiden hoitajien osuus työyhteisössä. Kun päihdeosaajien kanssa yhteistyötä tekeviä hoitajia on, muut hoitajat saattavat kuormittua vähemmän välttyessään päihdepotilaiden hoitamisesta. Myös päihdetyötä hallitsevien hoitajien tietotaidon siirtymistä yhteisöön pidettiin mahdollisena tekijänä suopeammassa suhtautumisessa päihdeongelmaisiin. Kuitenkaan päihdeongelmaisiin asennoitumisessa ei voitu nähdä eroa päihdehoitoon perehtyneiden ja perehtymättömien hoitajien välillä. Asennoituminen on edelleen pääasiallisesti negatiivista. Tutkimuksessa peräänkuulutaan lisää tutkimusta ja terveydenhuollon eri yksiköiden kiireellistä kehittämistä päihdeongelmaisten tilanteen parantamiseksi. (Happell & Taylor 2001.)

5.2 Syitä negatiiviseen asennoitumiseen

Pessimistisiin ja negatiivisiin asenteisiin on löydettävissä myös ymmärrettäviä syitä. Asiakkaan päihtyneisyys on hoitoyhteisölle aina haaste, johon olisi pyrittävä löytämään ratkaisuja. Ratkaisujen on oltava eettisesti ja hoidollisesti perusteltuja. Päihteen vaikutuksen alaisena ihmisen havainto- ja ymmärryskyky ovat alentuneet. Hän ei ehkä ymmärrä mitä hänelle sanotaan, eikä itsekään osaa kommunikoida selvästi. Hänen puheensa ja käytöksensä saattavat olla ristiriitaista ja käytöksen estottomuus ja ennalta arvaamattomuus saattaa tuntua uhkaavalta. Väärinkäsityksiä syntyy helposti ja koko kohtaaminen päihtyneen kanssa voi tuntua turhauttalta. Myös päihtyneen moninaiset puolustusmekanismit kuten kieltäminen tuovat omat haasteensa kohtaamiseen. (Havio ym. 2008, 203-204.) Turhautuminen pyöröovi-ilmiöön eli päihtyneiden toistuvaan hoidontarpeeseen on omiaan lisäämään negatiivista asennetta. Päihdeongelmaiset ovat alttiita esimerkiksi tapaturmille, joutuvat helposti väkivaltaisiin tilanteisiin tai käyttävät päihdettä myrkytystilaan asti ja palaavat aika ajoin päivystykseen hoidettaviksi. Mieleen jäävät hankalat tilanteet saman potilaan hakeutuessa toistuvasti päivystyshoittoon, päihteenkäyttöään vähentämättä. (Salaspuro 2003.) Useissa tutkimuksissa on myös tuotu esille terveydenhuollon henkilöstön vähäinen päihdekoulutus ja osaaminen. Tällaiseen tulokseen on tullut myös Kelleher useita alan tutkimuksia läpikäydessään (Kelleher 2007).

Päihtyneen aggressiivisuuden mahdollisuus on myös aina huomioitava asia. Aggressio sinällään on ihmiselle lajityypillinen reagointimalli, mutta päihteen vaikeuttavat aggression hillitsemistä. Väkivaltaisella käytöksellä ja päihteilä on selvä yhteys. (Havio ym. 2008, 208.) Vuonna 2005 poliisin tietoon tuli yhteensä 30 943 väkivaltarikosta. Pahoinpitelyrikoksista 60 % ja kuolemaan johtaneista väkivaltarikoksista 75 % tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena. (Stakes 2006.) Aina päihtyneen aggressio ei kuitenkaan ole yksisuuntaista. Salaspuro (2009) muistuttaa, että päihtyneen käyttäytyminen saattaa olla vastareaktio hänen saamaansa ja kokemaan-

sa kohteluun. Negatiivisista asenteista, väärästä diagnoosista tai resurssipulasta johtuva väärä hoito ei kohota potilaan sen paremmin kuin hänen läheistensä luottamusta hoitosektoriin. Eettisiin ohjeisiimme perustuva avoimuus, rehellisyys ja oikea hoito koituvat loppujen lopuksi sekä potilaan, hänen läheistensä, hoitohenkilökunnan ja koko yhteiskuntamme hyväksi.

On tärkeää muistaa, että sairaanhoitajat kohtaavat muissakin asiakasryhmissä sekavia, heikosti kommunikoivia ja aggressiivisia - sairaita asiakkaita. Esimerkiksi muistisairaana käytösoireisen ihmisen käytös saattaa muistuttaa suurestikin päihtyneen ihmisen käytöstä. Päihdeongelma eli päihderiippuvuus on myös sairaus. ICD-10 tautiluokituksessa F10-F19 diagnoosit ovat kaikki riippuvuuksia määritteleviä (ICD-10). Alkoholiriippuvuuden voidaan nykyisin katsoa olevan jo kansansairaus (Seppä, Alho, Kiianmaa 2010, 11). Päihdesairasta tulisi siis kohdella kuten mitä tahansa sairautta sairastavaa ihmistä.

Negatiivista ajattelua herättää myös päihdeongelmaisten aiheuttamat kulut yhteiskunnalle. Vuonna 2009 alkoholin käytöstä aiheutui hieman alle 1,0 miljardin euron välittömät ja 3,2–5,9 miljardin euron välilliset haittakustannukset. Terveystoimien kuluista koostui hieman yli viidennes sosiaalikulujen yltäessä neljännekseen kokonaiskuluista. Yli kolmannes välittömistä haittakustannuksista aiheutui järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta. Välittömistä haittakustannuksista loppuosa liittyi päihdehaittoja ennaltaehkäisevään työhön, alkoholivalvontaan ja tutkimukseen. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 23–24.) Huumaus- ja lääkeaineiden väärinkäytöstä aiheutui vuonna 2009 noin 0,2–0,3 miljardin välittömät haittakustannukset ja 0,5–1,2 miljardin välilliset haittakustannukset. Kasvua vuoteen 2008 oli yli 3 %. Kustannuksista noin 15 % johtui terveydenhoitokuluista. Välittömistä kustannuksista reilu kolmannes aiheutui sosiaalitoimen haittakustannuksista ja neljännes yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 29.)

Mainitut kulut tuntuvat valtavilta. Kuitenkin verrattuna esimerkiksi epäterveellisestä ravinnosta, tupakoinnista tai liian vähäisestä liikunnasta johtuvien sydän- ja verisuonisairauksien vuosittain aiheuttamat kulut nousevat 918 miljoonaan euroon. (Suomen Sydänliitto Ry.) Päihdeongelmaiset eivät siis ole ainoa yhteiskunnalle menoja aiheuttava ryhmä. Suomalaiset aiheuttavat valtaosin kuluja yhteiskunnallemme pääosin elämäntavoista johtuvilla sairauksilla joutumatta kuitenkaan yleisen inhon kohteeksi.

6 Päihtyneen avuntarve ja hoitava kohtaaminen

6.1 Päihtyneen avuntarve

Päihtynyt saattaa hakeutua tai joutua päivystykseen useista eri syistä. Hän saattaa tulla sinne itse vieroitusoireiden pelossa tai niiden ollessa päällä. Hänellä voi olla runsaasti erilaisia somaattisia oireita, esim. rytmihäiriöitä, tapaturmavammoja, infektiota ja voimakkaita kiputiloja. Väkivaltavammat ja myrkytystilat ovat myös tavallisia. Toisinaan päihtynyt on niin sekaisin aineista, että pyrkii vain löytämään turvallisen paikan, eikä ehkä kykene edes ilmaisemaan, miksi on päivystykseen tullut. Hän saattaa hakeutua avun piiriin päästäkseen katkaisuhoitoon tai selvittääkseen elämäntilannettaan. Hän voi tulla päivystykseen äärimmäisen ahdistuneena ja kokee sen turvalliseksi tai jopa ainoaksi vaihtoehtokseen selviytyä. (Koponen, Sillanpää 2005, 382.) Kaikki päivystykseen tulleet tai joutuneet eivät luonnollisestikaan ole päihdeongelmaisia. Kuitenkin päivystykseen hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön akuuttihoitoon yhteydessä tulee aina arvioida myös mahdollinen päihdehuollon tarve (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Päihdeongelman havaitsemiseksi tarvitaan tarkempaa syventymistä päihtyneen tilanteeseen.

6.2 Päihtyneen hoitava kohtaaminen

Ratkaisevin merkitys päihtyneen kohtaamisessa on - kohtaamisella. Sairaanhoitajan tehtävä mahdollisesti haastavassakin tilanteessa on käyttäytyä asiallisesti. Rauhallisella, määrätietoisella ja eettisesti hyväksyttävällä tavalla käyttäytyen sairaanhoitaja vahvistaa päihtyneen luottamusta sairaanhoitajaan. Mahdollisista kohtaamisen häiriötekijöistä huolimatta tarkoitus on keskittyä tutkivaan hoito-otteeseen. Vuorovaikutuksen tarkoitus on jättää päihtyneelle tunne, että hän on nyt turvassa ja hänellä on mahdollisuus saada apua. Päihtyneen kanssa on tärkeää, että sairaanhoitaja on rauhallinen ja osoittaa empaattisuutta, mutta on tarvittaessa tiukan johdonmukainen ja puhuu selkeästi sekä ymmärrettävästi. Hän jaksaa perustella kärsivällisesti hoidon faktoja ja korostaa yhteistyön merkitystä hoidossa. Myönteisestä käytöksestä kannattaa antaa palautetta. (Havio ym. 2008, 203-204.)

Päihtynyt on varsin herkkä loukkaantumaan, joten kannattaa pidättäytyä suhtautumasta häneen alentuvasti, provosoivasti tai uhkaillen. Oma provosoituminen on hyvä välttää ja äänen käyttöön kiinnittää huomiota. Ääntä korotetaan vain, jos se on välttämätöntä. On hyvä muistaa, että päihtynyt aistii hyvin helposti, miten heihin suhtaudutaan. Henkilökunnan epäasiallinen ja halveksuva asenne voi provosoida päihtyneen aggressiiviseksi. (Koponen, Sillanpää 2005, 383.)

6.3 Sairaanhoitajan päihdeosaaminen ja sen ylläpitäminen

Havio ym. määrittelevät sairaanhoitajan päihdeosaamista seuraavalla tavalla. Sairaanhoitajan tulisi kyetä soveltamaan työssään empiiristä tietoa ihmisestä, terveydestä, hoitotyön toiminnasta ja ympäristöstä. Nykyisin puhutaan näyttöön perustuvasta tiedosta, jonka mukainen

hoitotyö on ajantasaisen tiedon käyttämistä jokapäiväisessä hoitotyössä. Näyttää työskentelyn pohjaksi saadaan lääketieteellisestä tiedosta, sosiaalipsykologian, sosiaalitieteiden ja kasvatustieteiden kehitystä seuraamalla. Hoitotieteellistä näyttöä kertyy asiakastapauksista, laadunseurantaraporteista, hoitosuosituksista, kehittämisprojekteista, tilastoista ja tutkimustuloksista. Näyttöön perustuva työskentely on myös mitä suurimmissa määrin asiakkaan kokemuksen ja sairaanhoitajan ammatillisen kokemuksen kautta syntynyttä tietoa, jota tulee arvostaa tieteellisen tiedon rinnalla. (Havio ym. 2008, 16.)

Sairaanhoitajan tulee omata perustiedot päihteistä ja niiden käyttöön liittyvistä ongelmista. Päihderiippuvuuden synty ja sen vaikeus sekä sitkeä ote ihmisestä on hyvä ymmärtää, sillä sen myötä päihtyneen problematiikkaa voi ymmärtää paremmin. Sairaanhoitajan on hyvä olla tietoinen eli havahtua tarkastelemaan omaa asennoitumistaan päihtyneeseen asiakkaaseen pystyäkseen suhtautumaan ammatillisesti ja auttavasti päihdeongelmaiseen asiakkaaseen. Vähintäänkin oman alansa aiheeseen liittyvä lainsäädäntö on hyvä osata samoin kuin paikallinen palveluverkosto. Varhaisen puuttumisen taitoja tulisi käyttää rohkeasti. (Havio ym. 2008.) Kukaan ei voi hallita kaikkea, mutta jokaisen on mahdollista omaksua omaan työhönsä edes joitakin päihtynyttä ja päihdeongelmaista auttavia työmenetelmiä. Ihan samoin kuin ylläpitämme lääkeosaamistamme, tulisi huomata ylläpitää muutakin hoitotyön osaamista.

Terveys- ja hyvinvoinnin laitos pyrkii kehittämään päihdeosaamisen taitoja. Se on määritellyt päihdetyön koulutuksen minimisällön. Sen tavoite on, että ammatillista tutkintoa, ammatti- ja erikoistumistutkintoa tai ammattikorkeakoulu- ja yliopistotutkintoa suorittava opiskelija ymmärtää päihteiden käytöstä seuraavat haitat kansanterveyttä uhkaavaksi tekijäksi. Hänen tulisi ymmärtää, että laadukas moniammatillinen päihdehaittojen ehkäisy vähentää yksilöiden, yhteisöiden ja yhteiskunnan kärsimystä ja edistää hyvinvointia sekä työ- ja toimintakykyä. Myös yhteiskunnan turvallisuus lisääntyy ja päihteiden käytöstä aiheutuvat kulut vähenevät. Keskeistä on hallita perustiedot päihteistä, niiden käytöstä ja siitä aiheutuvista riskeistä. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Opiskelijan olisi oltava myös tietoinen omista asenteistaan ja pysyttävä suhtautumaan avoimesti sekä ammatillisesti päihdeongelmaiseen. Hänen tulisi tuntea ainakin oman alansa päihdetyötä koskeva lainsäädäntö ja oman alueensa päihdetyön palveluverkosto. Myös monialaisen päihdetyön perusteet olisi hallittava siten, että opiskelija kykenee osallistumaan siihen. Hänen olisi osattava tunnistaa ja kohdata päihteiden käyttäjä ja hänen läheisensä. Varhaisen puuttumisen taidon hallitseminen ja sen merkityksen ymmärtäminen on osa opiskelijan osaamisaluetta. Opiskelijan tulisi osata ohjata päihdeongelmaista eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä sekä ymmärtää päihdehaittojen ehkäisyn merkitys. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2008.)

7 Työmenetelmiä päihtyneen auttamiseksi

7.1 Päihteen käytön puheeksi ottaminen

Päihtyneen viipyessä päivystyksessä hoitonsa ajan hän alkaa selvitä. Kun hän on riittävän selvä, päihteen käytöstä suoraan kysyminen on paras tapa tunnistaa ongelmakäyttäjää. Auttava, aidosti kiinnostunut ja tuomitsematon kysyminen tuottaa usein myös asiallisen vastauksen. Lämmin suhtautuminen voi rohkaista kertomaan vaikeasta asiasta. Vaikean asian kertominen tuo usein mukanaan huojennuksen. Tarvitaan tietoa käytetyistä päihteistä, käyttötavoista, käyttöhistoriasta ja määristä. Näiden tietojen avulla esim. lääkäri ja hoitohenkilökunta pystyvät arvioimaan mm. vieroitusoireiden voimakkuutta ja ajankohtaa, niihin liittyvää hoitoa ja päihdeongelman hoitotyön keinoja. (Koponen & Sillanpää 2005, 383.)

Päihtyneen kanssa voi keskustella päihteenkäytöstä motivoiden pohtimaan sen käyttöä. Jos kysymys on alkoholista päihtyneestä, apuna voi käyttää esimerkiksi Audit - kyselyä, jolla päihtynyt saa käsityksen alkoholikäytön määrästä. Päihtyneen haastattelun tarkoituksena on saada selville, mikä hänet on tuonut päivystykseen. (Koponen & Sillanpää 2005, 383.) Päihtyneen kohtaamista ja päihteenkäytön puheeksi oton vaikeutta saatetaan joskus perustella osaamisen puutteella. Todellisuudessa sairaanhoitajien koulutuksessa ei panostetakaan riittävästi päihteenkäyttäjän kohtaamistaitojen opiskeluun. Työpaikoilla päihteenkäyttäjän kohtaamisesta ja päihdeasioiden puhumisesta tulisi järjestää säännöllisesti koulutusta myös osana uusien työntekijöiden perehdytysohjelmaa. (Helamo 2008, 260.) Mikään ei estä sairaanhoitajaa toteuttamasta sairaanhoitajan eettisissä ohjeissakin mainittua ammattitaidon ylläpitämistä ja näin perehtymästä päihtyneen kohtaamista käsittelevään kirjallisuuteen

7.2 Lyhytneuvonta työvälineenä

Alkoholin käytön puheeksi ottamisessa on muutamalla empaattisella, mutta rehellisellä kysymyksellä voi saada ongelmakäyttäjän tai siihen ajautumassa olevan pohtimaan tilannettaan. Pitemmälle vietyä puheeksiottoon on olemassa useitakin työkaluja, joiden toteuttaminen ei vaadi tunteja, vaan oikeastaan vaan sairaanhoitajan halua toteuttaa päihdetyötä. RAAMIT eli Rohkeus, Alkoholitietous, Apu, Myötätunto, Itsemääräämisvastuu ja Toiminta mini-interventio eli lyhytneuvonta vie tehokkaasti suoritettuna vain 5-10 minuuttia sairaanhoitajan hoitajan aikaa, mutta saattaa saada päihtyneen pohtimaan tilannettaan. Päihteenkäyttäjää huolia pyritään kuuntelemaan aktiivisesti. Lyhytneuvonnan tarkoituksena on vähentää alkoholin liiallista kulutusta ja sen on havaittu olevan yhtä tehokas kuin laajempi interventio. Päihtyneen joutuessa päivystykseen päihteen aiheuttaman vaivan vuoksi, saattaa olla otollinen hetki ottaa sairauteen tai tapaturmaan johtanut päihteenkäyttö puheeksi. Hoito voidaan toteuttaa päi-

vystyksessä yhtenä ainoana kertana. (Käypähoito 2011.) Tärkeää on järjestää päihtyneelle hänen siihen suostuessaan asianmukainen jatkohoito, jossa ongelman selvittely voi jatkua.

7.3 Jatkohoitoon ohjaaminen

Päihtyneenä päivystykseen joutunut olisi ohjattava asianmukaiseen jatkohoitoon. Jatkohoidon järjestämättä jättäminen johtaa päihdeongelman pahenemiseen ja toivottomaan kierteseen. Päivystyksessä hoidetulle päihdeongelmaiselle olisi pyrittävä varaamaan kontrollikäynti, jotta hänet voitaisiin ohjata jatkohoitoon A-klinikalle, terveystieteiden keskukseseen, työterveyshuoltoon tai psykiatriseen avohoitoon. (Salaspuro 2009.) Ennen kuin päihtyneenä päivystykseen tullut on kotiutumassa, hänen kanssaan tulisi keskustella mahdollisesta jatkohoidon tarpeesta. Hänen kanssaan keskustellaan erilaisista avo- ja laitoshoidon mahdollisuuksista päihteenkäytön lopettamiseksi. Jos hän vaikuttaa motivoituneelta katkaisuhuoltoon, hänelle pyritään järjestämään paikka sellaiseen. (Koponen & Sillanpää 2005, 391.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2006) mukaan suurempiin yhteyspäivystyspisteisiin on tarpeen sijoittaa sosiaalialan ammattihenkilökuntaa selvittämään päihtyneen henkilön jatkohoitoa. Terveystieteiden palveluissa tulisi myös olla ainakin yksi päihdetyöhön erikoistunut työntekijä, joka voi kouluttaa muita työntekijöitä ja tekee yhteistyötä muiden tahojen, kuten poliisin kanssa. Lisäksi tulisi olla tietoja niistä yli yön palveluista, joissa päihtymys ei estä palvelun käyttöä. Päihtyneen, muiden potilaiden ja henkilökunnan turvallisuus edellyttää tällaisissa yksiköissä riittävää ja ammattitaitoista henkilökuntaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

8 Tutkimuksen tausta, tarve ja tarkoitus

Kiinnostukseni päihtyneen kohtaamiseen syntyi useamman työharjoittelun pohjalta. Huomasin sairaanhoitajien asennoitumisen päihtyneisiin tai päihdeongelmaisiin olevan vähättelevää, negatiivista ja joskus pilkkaavaakin. Tuodessani havaintoni tästä esille, sain hyvin suorasukaisia kommentteja siitä, kuinka itsekin ajan myötä tulisin kyllästymään tämän yhteiskunnan pohjasakan paapomiseen.

Päihtyneisiin asiakkaisiin asennoitumisen tiedetään tutkimuksen ja kirjallisuuden valossa olevan vielä pääosin negatiivista. Näyttöä asennoitumisen negatiivisuudesta löytyy alan kirjallisuudesta sekä myös ulkomaisesta tutkimuksesta, joka työni teoriasta ilmenee. Negatiiviselle asennoitumiselle on löydettävissä syitä, kuten päihtymystilan hankaloittama vuorovaikutus tai päihtyneen asiakkaan hoidon työläys. Sairaanhoitajien ja muun terveydenhuollon henkilökunnan tiedon puute nousee esille tutkimuksissa, joita henkilökunnalle on tehty. Tiedetään myös, että asennoitumisessa ei ole tapahtunut juurikaan muutosta vuosikymmenien saatossa. Jo 30

vuotta sitten tehdyt tutkimukset hoitotyön opiskelijoiden parissa paljastivat negatiivisia asenteita päihteenkäyttäjiä kohtaan (Kelleher 2007). Itse päihdeongelmaiset kokevat itsensä toisen luokan kansalaisiksi saadessaan tyylikin kohtelua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. (Rauhala 2008.)

Päihtyneiden osuus päivystysvastaanottojen asiakasmääristä on ollut noususuuntainen ja päihdeiden lisääntyvän käytön myötä tulee kasvamaan edelleen. Esimerkiksi Vantaan kaupungin tilastojen mukaan päihtyneiden määrä päivystysvastaanotolla nousee n. prosentin vuodessa. (Karvinen 2010, 11.) Vuosikymmeniksi negatiiviseksi pysähtyneen asennoitumiskehityksen tulisi siis muuttua, sillä hoitavan kohtaamisen ja asianmukaisen jatkohoidon järjestämisen avulla on suurempi mahdollisuus vaikuttaa päihdeiden käytön laskuun.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää eräässä eteläsuomalaisessa päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien asennoitumista päihtyneeseen asiakkaaseen ja siihen vaikuttavia seikkoja. Työn tarkoituksena on myös havahduttaa kiireisiä sairaanhoitajia pohtimaan asennoitumistaan.

Tutkimusongelmat työssä ovat seuraavanlaiset:

1. Millaista on sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneitä asiakkaita kohtaan?
2. Vaikuttavatko hoitajien asenteet heidän mielestään heikentävästi päihtyneiden asiakkaiden hoidon laatuun?
3. Millaista tukea sairaanhoitajat toivovat jaksamisensa vahvistamiseksi päihtyneiden asiakkaiden hoidossa?

9 Tutkimusmenetelmä

Valitsin opinnäytetyöni pääasialliseksi tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaaran (2009) mukaan kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista aiemmista tutkimuksista johdetut johtopäätökset. (Hirsjärvi ym. 2010.) Tutkimusta siis tehdään valmiiseen teoriaan pohjautuen. Kvantitatiivinen tutkimus voidaankin tehdä vasta siinä vaiheessa, kun tutkittava ilmiö tunnetaan niin hyvin, että sitä voidaan mitata. (Kananen 2010, 18.) Valitsin työhöni kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, sillä se on tavallinen mitattaessa mielipiteitä, oletuksia, arvoja ja asenteita. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston on sovelluttava määrälliseen, numeraaliseen mittaamiseen (Hirsjärvi 2010, 137).

Tutkimuksessani on lisäksi kaksi avointa kysymystä, jotka ovat tyypillisiä kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle. Tutkimusmetodologioiden yhdistäminen liitetään usein triangulaation käsitteeseen. Triangulaatiota voidaan toteuttaa aineisto-, tutkija-, teoria-, tai metadologisena triangulaationa tai näiden yhdistelminä. (Janhonen, Nikkonen 2001, 12.) Corner (1991) kuvasi artikkelissaan triangulaation käyttöä tutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli ymmärtää sairaanhoitajien asenteita, tietoa, varmuutta ja koulutustarpeita heidän hoitaessaan syöpäpotilaita. Hänen näkemyksensä mukaan triangulaation etu oli merkittävä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Sairaanhoitajien asenteita mitattiin mittarilla, jonka lisäksi samalta alueelta kerättiin osallistujien itsensä raportoimaa materiaalia. Näin oli mahdollista tuoda näkyviin mittarin rajoitukset. Monipuolinen aineisto antoi mahdollisuuden tulosten varmistamiseen ja näkemysten syventämiseen. Ongelmiksi tutkimusmenetelmien yhdistämisessä saattaa tulla suuren aineistomäärän käsittely ja menetelmien syvälinen yhdistely. (Janhonen, Nikkonen 2001, 12.) Onnistuessaan määrällinen ja laadullinen tutkimusmenetelmä kuitenkin täydentävät toisiaan.

Hoitoalalla työskentelevänä olen vastannut useisiin mittareilla suoritettaviin kyselyihin. Kun tilaisuutta vapaalle sanalle ei ole, tulee tunne, että jotakin tutkimustuloksen kannalta tärkeää jää sanomatta. Mielestäni Cornerin (1991) mainitsema näkemysten syventäminen on tärkeää. Tästäkin syystä halusin työssäni yhdistää kaksi tutkimusmenetelmää. Kaiken kaikkiaan kyselyyni vastasi 24 sairaanhoitajaa. Kyselyni ensimmäisen avoimen kysymyksen tarkoituksena oli selvittää, kokevatko sairaanhoitajat asennoitumisensa vaikuttavan heikentävästi päihtyneen henkilön hoitoon. Tähän kysymykseen vastasi 18 sairaanhoitajaa. Kysymykseen miten sairaanhoitajien jaksamista päihtyneiden asiakkaiden hoidossa voisi tukea, vastasi 16 sairaanhoitajaa. Mielestäni näinkin korkea vastausmäärä osoittaa, että vapaan sanan mahdollisuus koetaan tärkeäksi.

10 Tutkimuksen kohderyhmä

Toteutin tutkimuksen eräällä eteläsuomalaisella päivystysvastaanotolla, jossa työskentelee n. 50 sairaanhoitajaa. He ovat kohderyhmänä asiantuntevia, sillä he kohtaavat päihtyneitä päivittäin työssään. Olin yhteydessä kyseisen vastaanoton esimiehiin ja sain myönteisen vastaanoton opinnäytetyölleni. Maaliskuussa 2012 kävin tapaamassa päivystysvastaanoton johtavaa esimiestä. Esittelin hänelle tutkimussuunnitelmani, jossa kysely sekä pääosa teoriasta olivat valmiina. Halusin hänen käyvän kysymykset läpi tarkistaakseni, ovatko ne tarkoitustaan vastaavia ko. päivystysvastaanotolle. Hän hyväksyi lomakkeen kohderyhmälle sopivaksi ja sovimme vastausajaksi kaksi viikkoa. Vein päivystyspoliklinikalle 50 kyselylomaketta, joiden vastausaika oli 4.4-18.4.2012. Päivystysvastaanoton esimies halusi motivoida sairaanhoitajia vastaamaan kyselyyn ja näin osallistumaan hoitotyön kehittämiseen. Takaisin palautui 24 vastauslomaketta. Kyseinen kyselylomake on työn liitteenä.

11 Aineiston keruu ja analyysi

Asenteita mitataan usein Rensis Likertin (1936) kehittämällä asteikolla, jossa vastaajat vastaavat väittämiin sen mukaan, miten paljon ovat samaa mieltä sen kanssa. Likert-asteikossa on tavallisesti vastausvaihtoehtoja ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. On mahdollista lisätä kyselyyn vaihtoehdot ”ei samaa eikä eri mieltä” tai ”en osaa sanoa” tai ”en halua sanoa”. En osaa tai en halua - vastausvaihtoehdot voidaan sisältää analysoidessa määritellä puuttuvaksi tiedoksi. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2010.)

Toteutin aineiston keruun poikittaistutkimuksena kysymyslomakkeella, jossa oli 28 väittämää Likertin asteikolla ja kaksi avointa kysymystä. Väittämissä oli positiivisia, negatiivisia ja lisäksi neutraaleja näkökulmia suhtautumisessa päihtyneeseen asiakkaaseen. Kysely toteutettiin vain kerran. Tällaista tutkimusta kutsutaan poikittaistutkimukseksi. ”Poikittaistutkimus sopii kohteisiin, jotka eivät lainkaan muutu tai muuttuvat vain hyvin hitaasti, tai jos tutkija nimenomaan haluaa dokumentoida muuttuvasta kohteesta ”silmänräpäyskuvan”. Tutkittava aineisto pyritään silloin kokoamaan vain yhdeltä ajankohdalta, joko nykyajasta taikka joltakin historian hetkeltä. Lisäksi tämä on monesti helpoin tapa aineiston kokoamiseen.” (Routio 2007.)

Kysymyksillä kartoitetaan asennoitumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä laajalti. Tällaisen kysymyslomakkeen etuna on se, että väittämiin on asteikon avulla helppo vastata. Lisäksi kvantitatiivisten kysymysten analysointi SPSS (Statistical Package for Social Science) ohjelmalla on vaivatonta. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2010.) Lähteenä kysymyslomakkeelleni muuttaman kysymyksen osalta toimi Metropolia Ammattikorkeakoulussa tehty opinnäytetyö Hoitajien asenteet maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan (Kämäri, Lempinen, Leppänen 2009).

Avoimien kysymysten analysointi tapahtui sisällönanalyysillä. ”Se on menettelytapa, jolla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysin avulla voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä ja sen avulla pyritään rakentamaan malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla ilmiö voidaan käsitteellistää”. (Kynäs & Vanhanen, 1999, 3-4, 10.)

12 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseni eettisyys toteutui siten, ettei työn mistään vaiheesta tullut ilmenemään missä tutkimus tehtiin. Kaikki kanssakäyminen tutkimukseen osallistuvien kesken tapahtui vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Kävin lisäksi henkilökohtaisesti esittelemässä tutkimukseni päi-

tysvastaanotolle ja olin valmis vastaamaan tutkittavien kysymyksiin. Kyselylomakkeen saatteesta kävi ilmi, että tutkimus pohjautui olemassa olevaan teorial tietoon ja että lähtökohta kyseisen päivystysvastaanoton asennoitumisesta päihtyneisiin asiakkaisiin oli neutraali. Kysymyksiin vastattiin luonnollisesti anonyymisti eikä tutkittavilta pyydetty mitään tietoa, jolla vastaukset olisi voitu yksilöidä heihin. Lisäksi kysymyslomakkeet hävitettiin asianmukaisesti aineiston analyysin jälkeen.

Työn luotettavuutta voidaan määritellä eri tavoin. Työn tulosten tulisi toistua samanlaisena mittauksesta toiseen ja huolimatta siitä, kuka mittauksen tekee. Kun toistetussa mittauksessa päästään samaan tulokseen, tutkimuksen voidaan katsoa olevan luotettava ja tarkka. Tällöin puhutaan tutkimuksen reliabiliteetista. Validius puolestaan tarkoittaa sitä, että tutkimuksella on onnistettu mittaamaan sitä, mitä tarkoitus oli mitata. Tutkija on onnistunut konkretisoimaan käsitteet ja ajatuskokonaisuuden mittariin arkikielen tasolle. Näin ollen mittari on tarkka ja sillä saadaan vastaus kysyttyyn asiaan. (Vilkkä, 2007.) Tutkimukseni väittämistä saadut vastaukset antoivat selkeän vastauksen kysymykseen, millaista on sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneeseen asiakkaaseen. Sen todettiin olevan pääosin negatiivista ja tämä tulos osoittautui yhdenmukaiseksi niin kansainvälisen, kuin suomalaisenkin teorian kanssa. Tämä lisää tutkimukseni luotettavuutta. Tutkimukseeni vastasi kuitenkin vain 24/50 sairaanhoitajaa, eikä yksittäistä tutkimusta voida muutoinkaan pitää sovellettavana muihin yksiköihin. Avoimilla kysymyksillä saatiin vastaus siihen, vaikuttavatko hoitajien asenteet heidän mielestään heikentävästi päihtyneiden asiakkaiden hoidon laatuun ja millaista tukea he toivovat jaksamisensa vahvistamiseksi päihtyneiden asiakkaiden hoidossa. Työssäni kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä yhdistyvät. Cornerin (1991) käsityksen mukaan näiden menetelmien yhdistäminen mahdollistaa tulosten varmentamisen ja näkemysten syventymisen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 13.) Tämä voidaan katsoa lisäävän työni luotettavuutta.

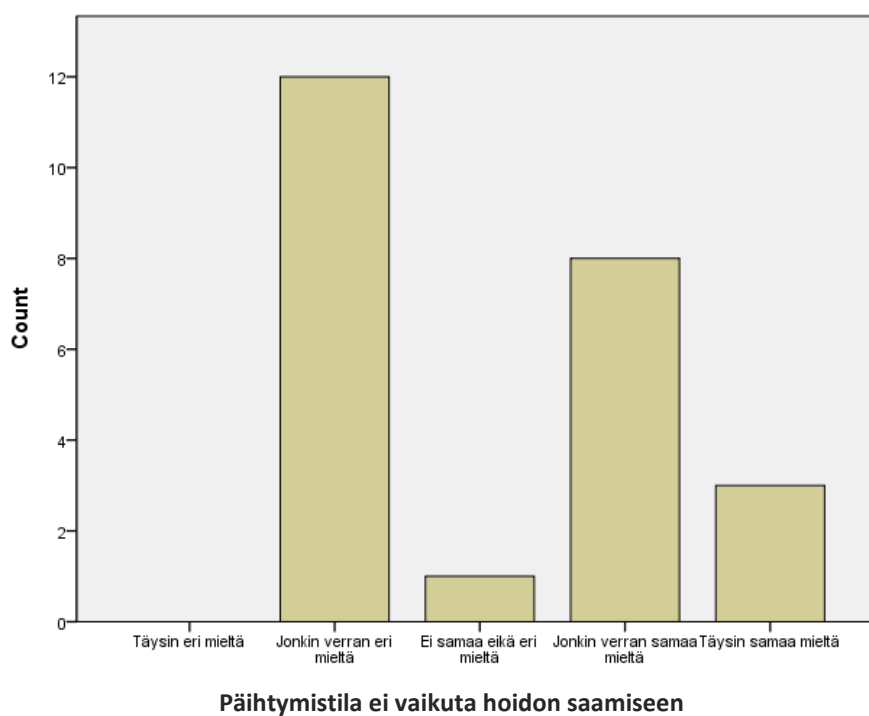
Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa tulee käyttää tieteelliselle työlle hyväksyttyjä menetelmiä. Toisin sanoen tulee täyttää tieteellisen työn kriteerit. Kaikki alkaa ilmiöstä, sen kuvaamisesta ja tutkimusotteen valinnasta. Kvantitatiivisen työn tiedonkeruumenetelmien ovat tarkasti määritellyt ja aineisto analysoidaan valitusta mittarista riippuen tiukkojen tilastotieteen sääntöjen mukaisesti. (Kananen 2011, 136.)

13 Tutkimuksen tulokset

13.1 Millaista on sairaanhoitajien asennoituminen päihtynyttä asiakasta kohtaan?

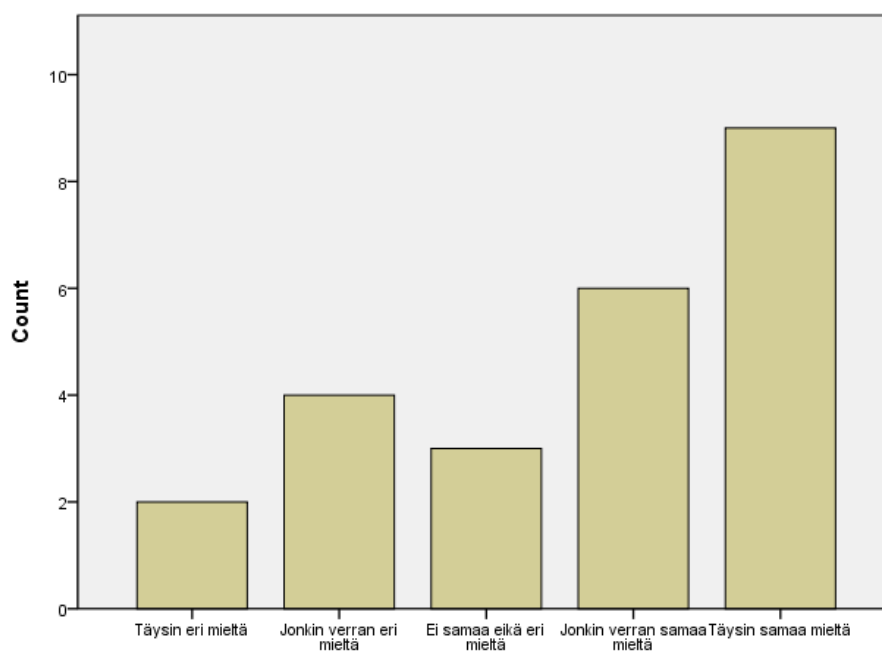
Kyselyssä oli 28 väittämää. Vastausvaihtoehdot Likertin asteikolla olivat ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Kyselyyn vastasi 24 sairaanhoitajaa.

Kyselyn ensimmäisessä kysymyksessä väitettiin, että päihtymistila ei vaikuta hoidon saamiseen. Alla olevasta taulukosta selviää, että puolet (50 %) vastaajista on eri mieltä.



Taulukko 1. Päihtymistilan vaikutus hoidon saamiseen.

Vastaajista 62,5 % koki päihtyneiden asiakkaiden suhtautumisen olevan epäkiitollista hoitajaa kohtaan. Kaksi vastaajaa (8,3 %) vastasi olevansa täysin eri mieltä.

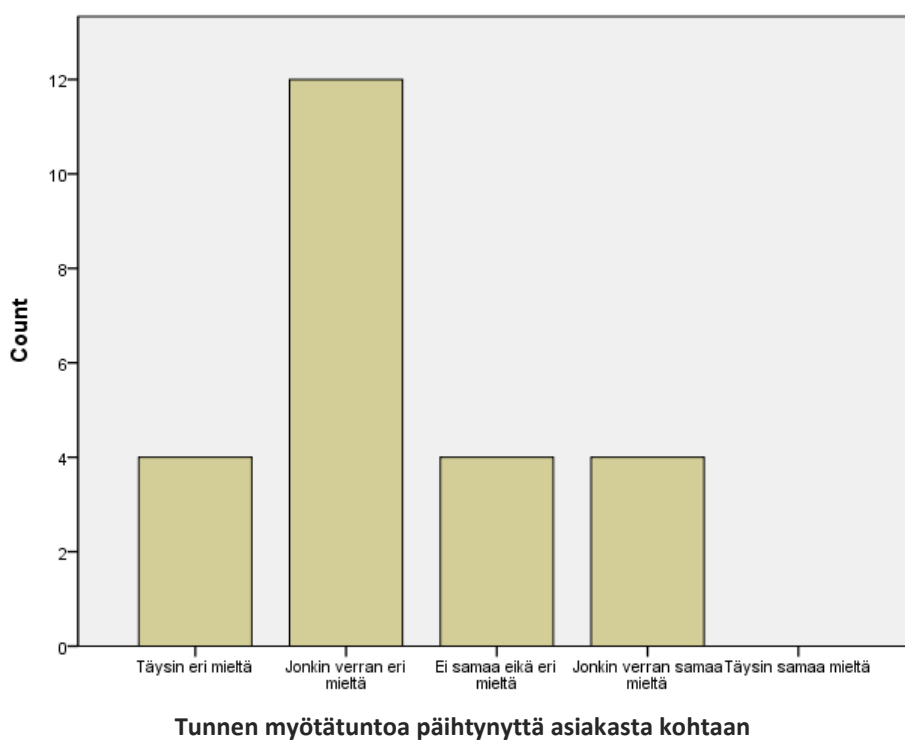


Päihtyneiden asiakkaiden suhtautuminen on usein epäkiitollista hoitajaa kohtaan

Taulukko 2. Päihtyneen suhtautuminen hoitajaa kohtaan.

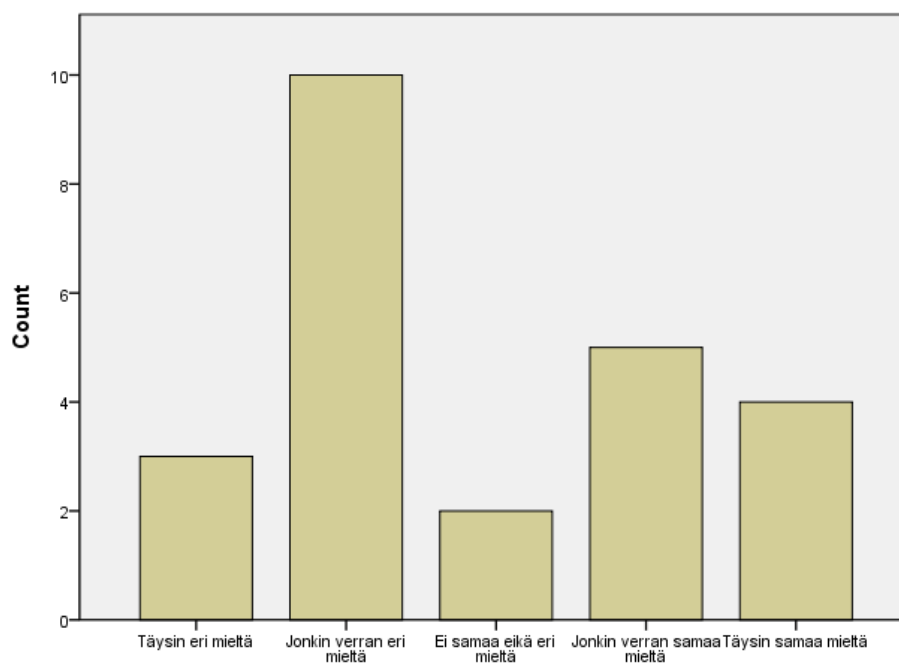
Kuusi vastaajaa (25 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että hänellä on riittävästi tieto/taitoa päihtyneen asiakkaan hoidosta. Neljä vastaajista (16,7 %) katsoi olevansa jonkin verran eri mieltä. Vastaajista 11 (45,8 %) koki kuitenkin olevansa jonkin verran samaa mieltä.

Alla olevasta taulukon mukaan 66,7 % vastaajista ei tunne myötätuntoa päihtynyttä kohtaan. Jonkin verran myötätuntoa tuntee neljä vastaajaa (16,7 %).



Taulukko 3. Myötätunto päihtynyttä asiakasta kohtaan.

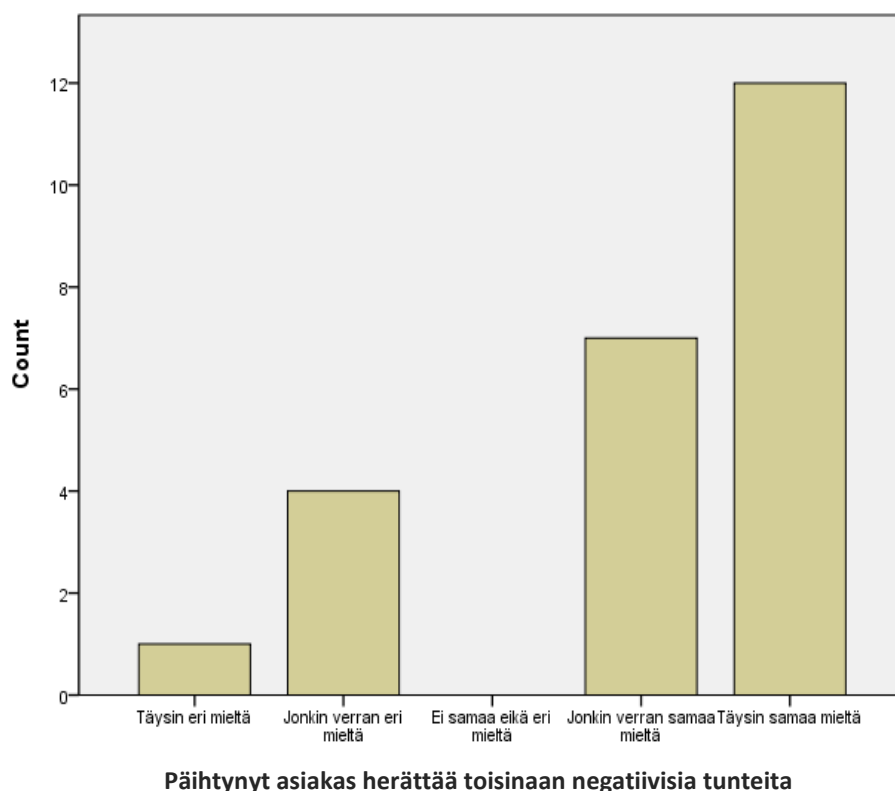
Päihtyneet saavat työyhteisössäni yhdenvertaista hoitoa muihin nähden -väitteessä kolme vastaajista (12,5 %) oli täysin eri mieltä. Jonkin verran eri mieltä oli kymmenen (41,7 %) vastaajaa, neljän (16,7 %) ollessa täysin samaa mieltä. Jonkin verran samaa mieltä ilmoitti olevansa viisi (20,8 %) vastaajaa.



Päihtyneet asiakkaat saavat työyhteisössäni yhdenvertaista hoitoa muihin nähden

Taulukko 4. Yhdenvertaisuus päihtyneen hoidossa.

Alla olevasta taulukosta ilmenee, että 19 vastaajaa (79,2 %) kokee päihtyneen herättävän negatiivisia tunteita.



Taulukko 5. Päihtynyt herättää negatiivisia tunteita.

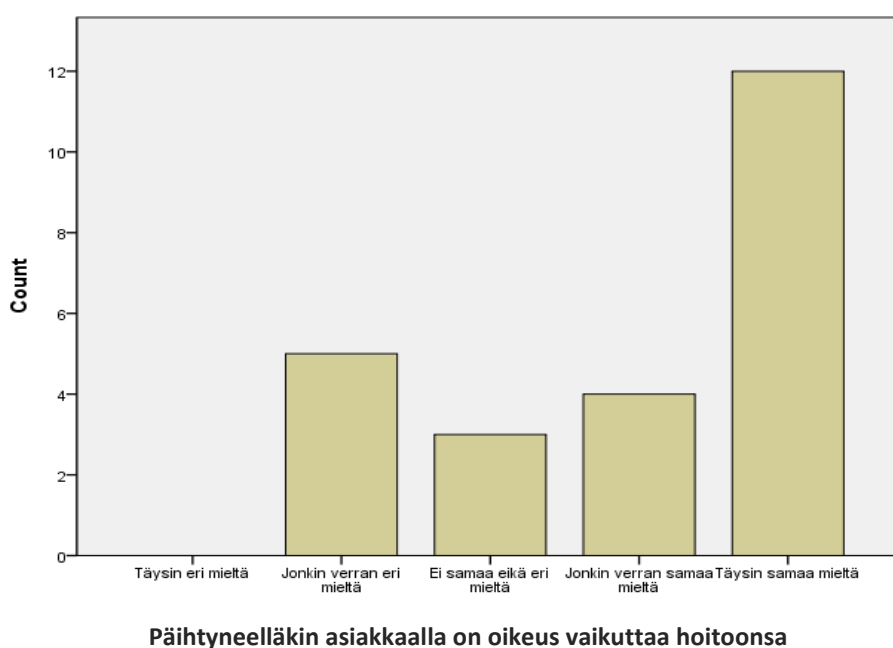
Yhdeksän vastaajista (37,5 %) oli täysin eri mieltä siitä, että kollegoiden asennoitumisella olisi vaikutusta omaan asennoitumiseen. Neljä (16,7 %) puolestaan koki olevansa jonkin verran samaa mieltä ja kaksi (8,3 %) oli täysin samaa mieltä.

Kolme vastaajaa (12,5 %) oli täysin samaa mieltä, että päihtynyt herättää pelkoa. Täysin eri mieltä oli seitsemän (29,2 %) vastaajaa.

Koen päihtyneen asiakkaan lähestymisen olevan vaikeaa -väitteessä viisi vastaajaa (20,8%) oli täysin eri mieltä. Suurimmaksi ryhmäksi nousi jonkin verran samaa mieltä olevat, joita oli kahdeksan (33,3 %).

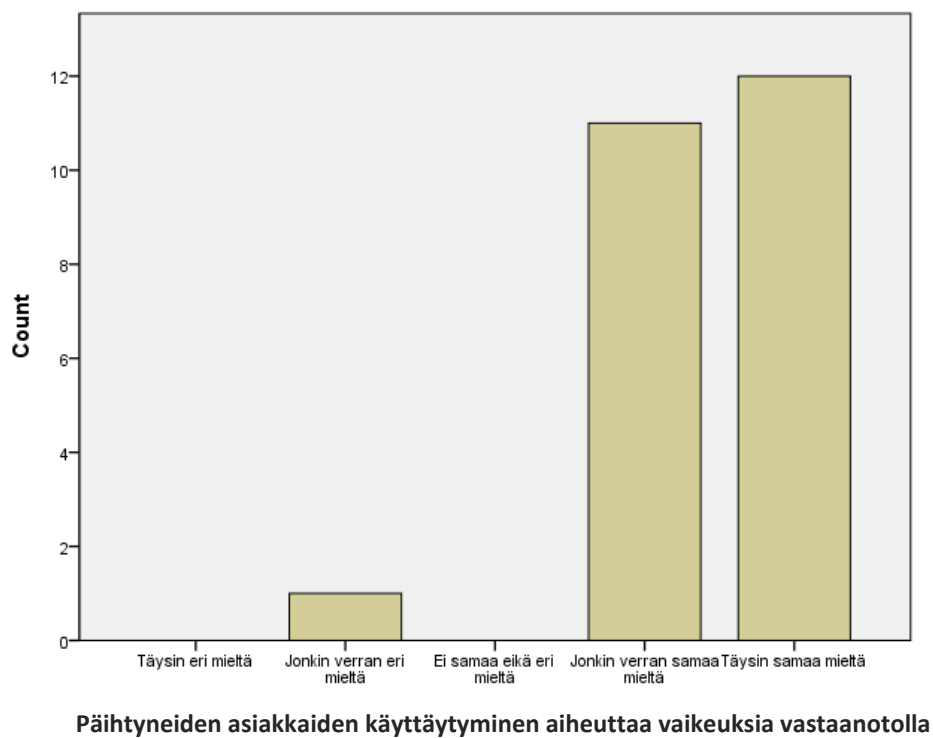
Täysin ennakkoluuloton päihtyneitä hoitaessaan koki olevansa kolme vastaajaa (12,5 %). Jonkin verran samaa mieltä ennakkoluulottomuudesta oli puolet (50 %) vastaajista, seitsemän (29,2 %) ollessa jonkin verran eri mieltä.

Puolet vastaajista (50 %) oli sitä mieltä, että päihtyneellä on oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Jonkin verran samaa mieltä oli neljä (16,7 %) vastaajaa. Jonkin verran eri mieltä oli viisi (20,8 %) vastaajaa.



Taulukko 6. Päihtyneen oikeus vaikuttaa hoitoonsa.

Alla olevan taulukko osoittaa, että puolet (50 %) vastaajista kokee päihtyneen käyttäytymisen aiheuttavan ongelmia vastaanotolla. Lisäksi 11 (45,8 %) oli jonkin verran samaa mieltä.

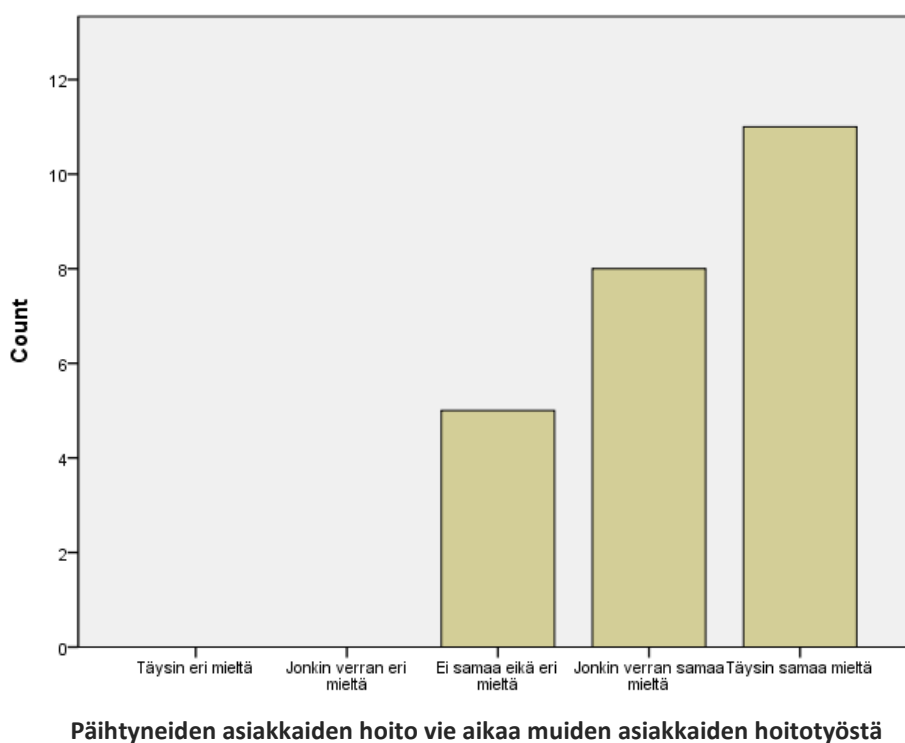


Taulukko 7. Päihtyneiden käytös vastaanotolla.

Väitettäessä päihtyneen hoidon olevan vaativampaa kuin muiden asiakkaiden hoito, jonkin verran samaa mieltä oli puolet (50 %) vastaajista. Seitsemän vastaajaa (29,2 %) oli täysin samaa mieltä. Täysin eri mieltä oli yksi vastaaja (4,2 %).

Täysin eri mieltä siitä, että työntajalta saa tukea päihtyneiden hoitotyöhön, oli kuusi (25,0 %) vastaajaa. Lisäksi kahdeksan vastaajaa (33,3 %) oli tuen saamisesta jonkin verran eri mieltä. Kuusi (25,0 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Neljä vastaajista (16,7 %) oli jonkin verran samaa mieltä työntajan tuen saamisesta.

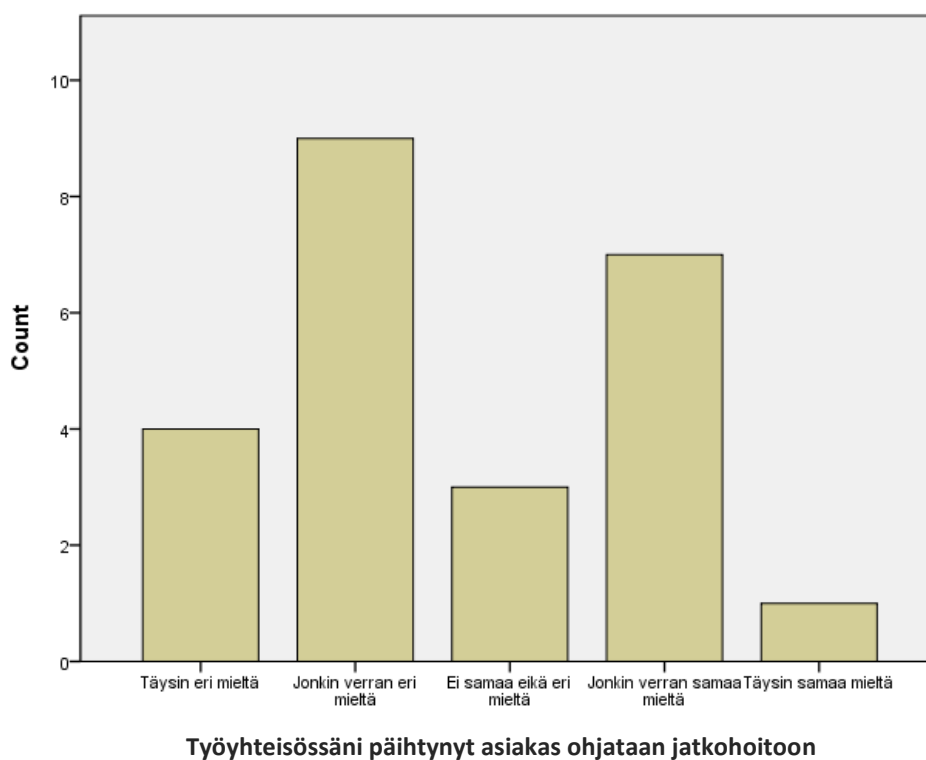
Alla olevan taulukko osoittaa, että valtaosa vastaajista (79,1 %) katsoi päihtyneiden hoitamisen vievän aikaa muiden potilaiden hoitotyöstä.



Taulukko 8. Päihtyneen asiakkaan hoitotyöhön käytettävä aika.

Väitteestä ”Toivoisin, että olisi enemmän aikaa ottaa asiakkaan päihteenkäyttö puheeksi” - oli yksi vastaaja (4,2 %) täysin samaa mieltä, kahdeksan (33,3 %) ollessa jonkin verran samaa mieltä. Kaksi vastaajista (8,3 %) oli täysin eri mieltä ja viisi (20,8 %) jonkin verran eri mieltä.

Valtaosa (54,2 %) vastaajista oli eri mieltä siitä, että päihtynyt ohjataan jatkohoitoon.

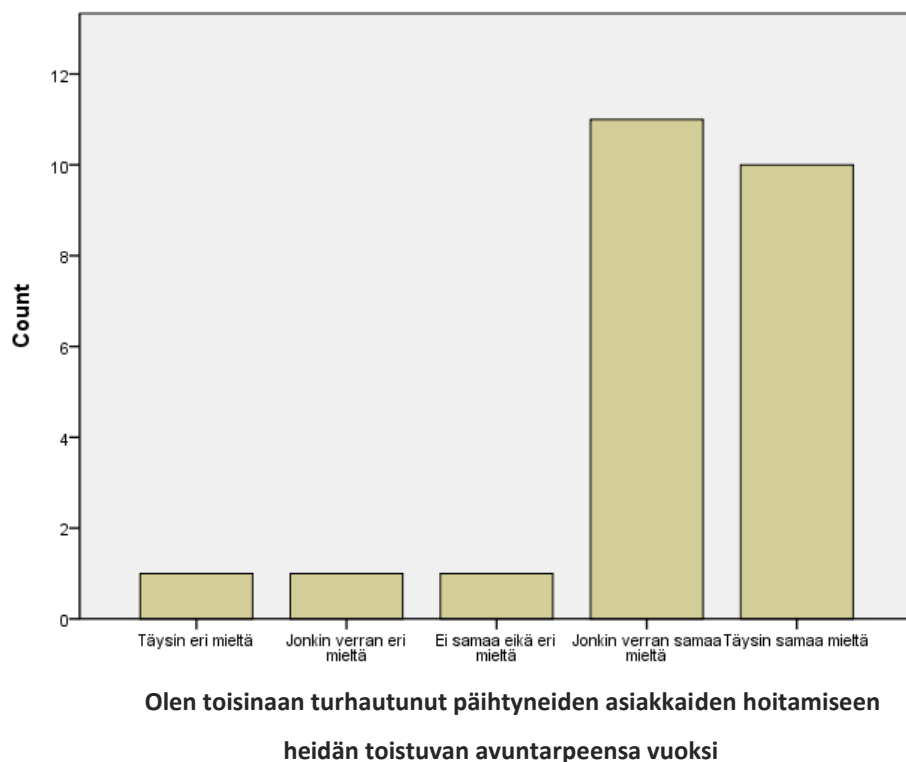


Taulukko 9. Päihtyneen ohjaaminen jatkohoitoon.

Väitteestä ”Minulla on onnistumisen kokemuksia päihtyneen asiakkaan kohtaamisesta ja hoidosta” 7 vastaajaa (29,2 %) oli täysin samaa mieltä, kahdeksan (33,3 %) ollessa jonkin verran samaa mieltä. Jonkin verran eri mieltä oli kuusi (25 %) vastaajaa.

Työnohjauksen saamisesta halutessa yhdeksän (37,5 %) vastaajaa oli täysin samaa mieltä, kuuden (25,0 %) ollessa jonkin verran samaa mieltä. Täysin eri mieltä työnohjauksen saamisesta oli yksi vastaaja (4,2 %).

Alla olevan mukaisesti vastaajista 87, 5 % koki jatkuvasti hoitoon palaavien päihtyneiden hoitamisen turhauttavaksi. Vain yksi vastaaja (4, 2 %) oli täysin eri mieltä.



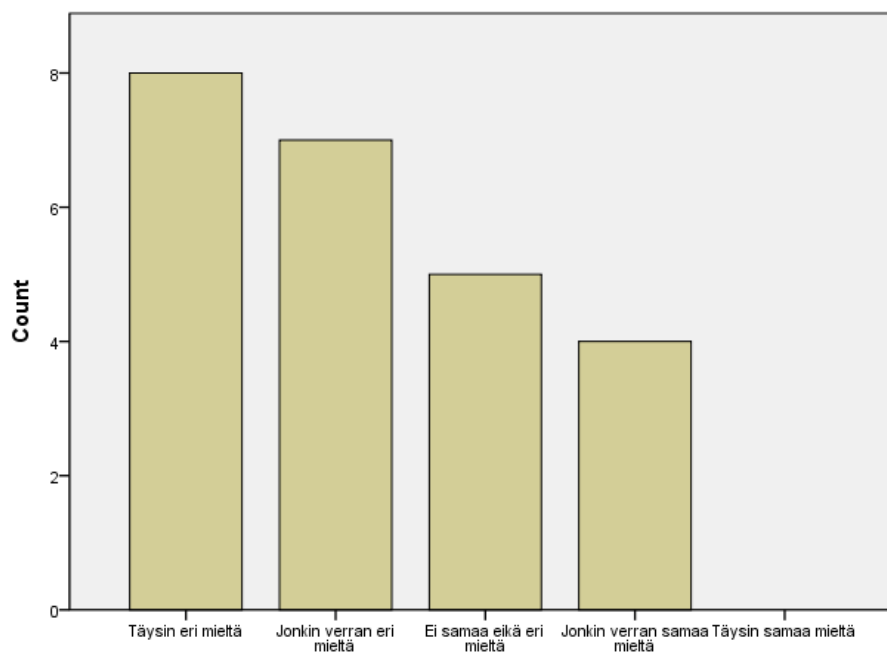
Taulukko 10. Hoitajien turhautuminen päihtyneiden hoitoon.

Täysin samaa mieltä siitä, että päivystysvastaanotolla toimivan sairaanhoitajan tulee antaa päihtyneelle tietoa päihteenkäytön haitoista, oli yksi vastaaja (4,2 %). Seitsemän (29,2 %) oli jonkin verran samaa mieltä, mutta ”ei samaa tai eri mieltä” oli kahdeksan (33,3 %) hoitajaa. Kaksi vastaajista (8,3 %) oli täysin eri mieltä, kuuden (25,0 %) ollessa jonkin verran eri mieltä.

Väitteeseen ”Päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan tehtävään kuuluu ottaa puheeksi päihtyneen asiakkaan päihteenkäyttö” viisi vastaajaa (20,8 %) ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä, kuuden (25,0 %) ollessa jonkin verran samaa mieltä. Jonkin verran eri mieltä oli viisi vastaajaa (20,8 %). Neljä vastaajista (16,7 %) oli täysin eri mieltä.

Yksi vastaaja (4,2 %) oli täysin eri mieltä siitä, että päivystyksessä ei ole aikaa ottaa asiakkaan päihteenkäyttöä puheeksi. Viisi (20,8 %) oli jonkin verran eri mieltä. Yhdeksän (37,5 %) taas oli jonkin verran samaa mieltä ajanpuutteesta, kahdeksan (33,3 %) ollessa siitä täysin samaa mieltä.

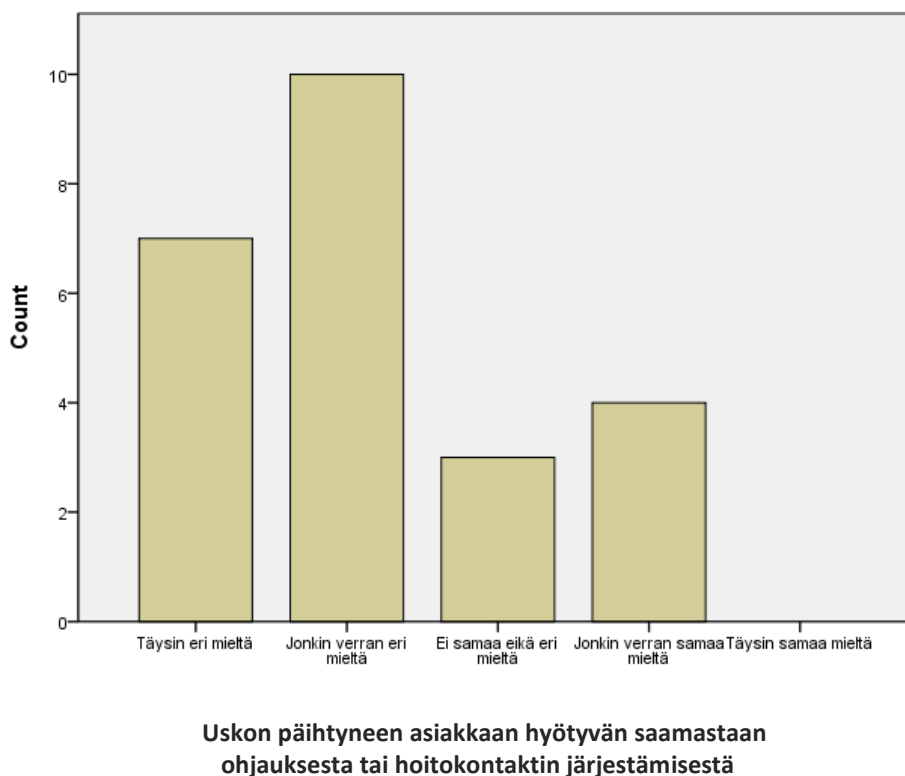
Yli puolet (62,5 %) vastaajista oli sitä mieltä, ettei työyhteisössä ole suunnitelmaa päihtyneen hoidosta ja jatkohoidosta. Jonkin verran samaa mieltä suunnitelman olemassaolosta oli neljä vastaajaa (16,7 %).



Työyhteisössäni on suunnitelma päihtyneen hoidosta ja jatkohoitotarpeen arvioinnista

Taulukko 11. Työyhteisön suunnitelma päihtyneen hoidosta.

Alla olevan taulukon mukaan valtaosa (70,9 %) vastaajista ei usko päihtyneen hyötyvän ohjauksesta tai hoitokontaktin järjestämisestä. Neljä vastaajaa (16,7 %) taas oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että päihtynyt voi hyötyä ohjauksesta.

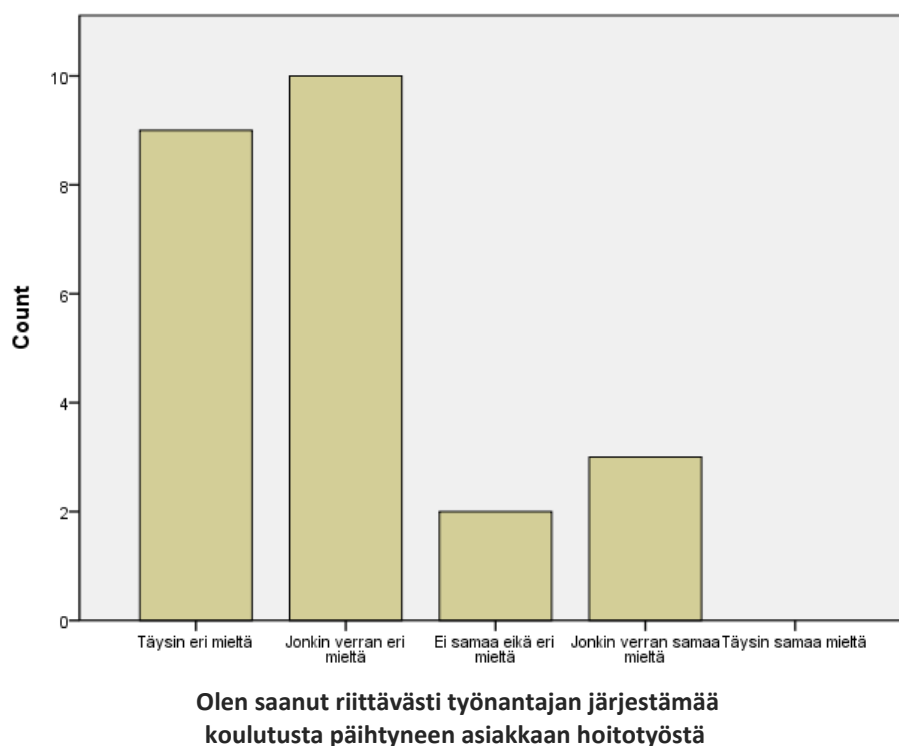


Taulukko 12. Päihtyneen ohjaus ja hoitokontaktin järjestäminen.

Viisi vastaajaa (20,8 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että päivystyssairaanhoitajan tulisi auttaa motivoitunutta asiakasta jatkohoitokontaktin saamisessa. Vastaajista 12 (50 %) oli jonkin verran samaa mieltä. Neljä vastaajaa (16,7 %) ilmoitti olevansa täysin eri mieltä.

Väitettäessä sairaanhoitajan asennoitumisen vaikuttavan siihen, miten hän hoitaa päihtynyttä, yksi (4,2 %) vastasi olevansa täysin eri mieltä. Jonkin verran asennoitumisen uskoi hoitoon vaikuttavan seitsemän (29,2 %) vastaajaa. Kymmenen vastaajaa (41,7 %) oli väitteestä täysin samaa mieltä.

Vastaajista 79,2 % ei mielestään ollut saanut riittävästi koulutusta päihtyneen asiakkaan hoitotyöstä. Kolme vastaajista (12,5 %) oli jonkin verran samaa mieltä riittävän koulutuksen saamisesta.



Taulukko 13. Koulutus päihtyneen hoitotyöstä.

13.2 Kokevatko sairaanhoitajat asennoitumisensa vaikuttavan heikentävästi päihtyneen henkilön hoitoon?

Kyselyssäni oli mukana kaksi avointa kysymystä, joista ensimmäisen tarkoituksena oli selvittää kokevatko sairaanhoitajat asennoitumisensa vaikuttavan päihtyneen hoitoon. Tähän kysymykseen vastasi 18 sairaanhoitajaa. Analysoidessani tuloksia jaottelin vastaukset pääryhmiin ”kyllä”, ”ei”, ”riippuu tilanteesta” ja ”asennoitumisella ei ole merkitystä”. Kysyttäessä kokevatko sairaanhoitajat asennoitumisensa vaikuttavan heikentävästi päihtyneen henkilön hoitoon, 10 sairaanhoitajaa vastasi kyllä. Vastauksien perustelut voidaan jaotella ryhmiin ”turhautuminen”, ”asiakkaan oma asennoituminen ja käytös” sekä ”sairaanhoitajan omat voimavarat”. Koska ”ei” vastauksia oli vain kolme, ”riippuu tilanteesta” neljä sekä ”asennoitumisella ei ole merkitystä” yksi, ei alaryhmille ollut tarvetta. Edellä mainitun kysymyksen lisäksi halusin sai-

raanhoitajien pohtivan, miten heidän jaksamistaan päihtyneiden hoidossa voisi tukea. Tähän kysymykseen vastasi 16 sairaanhoitajaa.

13.2.1 Kyllä -vastaukset

Kysyttäessä kokevatko sairaanhoitajat asennoitumisensa vaikuttavan heikentävästi päihtyneen henkilön hoitoon, sairaanhoitajista 10 vastasi kyllä. Vastauksista nousee esille turhautuminen ja päihtyneen omalla asennoitumisella oli myös merkitystä. Sairaanhoitajan omat voimavarat nostettiin esille kahdessa vastauksessa.

Tottakai!

Asennoituminen vaikuttaa ehdottomasti heikentävästi päihtyneen hoitoon eritoten ns. vakiasiakkaitten kohdalla. Toisaalta näistä vakiasiakkaista voit tulla tuttavias, joiden kanssa on ”helpompi” työskennellä ja pelisäännöt on selvät.

Työ turhauttavaa. Kanta-asiakkaat pyörivät viikosta toiseen. Turhan työn tekeminen sapettaa.

Kyllä. Päihtyneet ovat usein ”pakkopullaa”, jotka on pakko kohdata. Yleensä halua tähän ei kuitenkaan ole. Ei ole vaikea valita nuoren & puhtaan tai humalaisen & likaisen ihmisen välillä, kumpaa haluaa hoitaa. Molemmat on kuitenkin hoidettava asianmukaisesti. Usein kohdeltu on huonoa myös promilleja puhaltavan siistin henkilön kohdalla, ikään kuin hoidon tarve vähenisi, kun juo yhden oluen.

Negatiivinen asenne vaikuttaa heikentävästi, mutta yleensä saavat hoitoa siinä missä muutkin.

Kaksi vastanneista kertoo asiakkaan oman asennoitumisen ja käyttäytymisen vaikuttavan siihen, miten sairaanhoitaja häneen suhtautuu.

Siihen vaikuttaa monet asiat, mutta suurin vaikuttaja on asiakas. Jos asiakas on asiallinen/hoitomyönteinen, niin ei hoitajallakaan ole ongelmaa.

Asiakkaan oma asennoituminen ja käytös ovat suuria vaikuttajia hoidon laatuun. Kiirepäivänä juopot jää muiden potilaiden jalkoihin.

Kaksi myöntävästi vastanneista nosti esille sairaanhoitajan omat voimavarat.

Useimmiten kyllä. Olen myös huomannut, että joissakin tapauksissa oma väsymys ja uupuminen purkautuu juuri päihtyneeseen asiakkaaseen ja hänen saamaansa hoidon laatuun.

Kyllä vaikuttaa. Asennoitumiseen vaikuttaa päivystyksessä oleva tilanne ja hoitajan voimavarat.

Yhden vastaajista mielestä sairaanhoitajan asennoitumisella on vaikutusta päihtyneen tutkimiseen.

Kyllä, kunnon tutkiminen -> monesti löytyy oikeasti hoidettavaa.

13.2.2 Ei -vastaukset

Kolme vastaajaa ei katsonut asennoitumisen vaikuttavan päihtyneen henkilön hoitoon. Ensimmäisestä vastauksesta käy ilmi, että vakavasti sairaan päihtyneen hoitoon päihtymistila ei vaikuta. Kolmannen vastaajan mielestä ”vakiasiakkaiden” kohdalla asennoitumisella saattaa olla hiukan vaikutusta hoitoon.

Ei. Tähän voisi esittää vaihtoehtoisuuden: vaikuttaako päihtyneen asiakkaan asennoituminen heikentävästi saamaansa hoitoon/laatuun? Jos potilas on todella sairas, päihtyneisyys ei vaikuta mitenkään potilaan hoitoon. Eri asia on se vaiva (joskus mitätönkin) minkä takia potilas tulee hoitoon ja millä asenteella potilas itse on liikenteessä?

Ei. Mielestäni kaikki saavat tasavertaista hoitoa.

Ei ainakaan jokaisen päihtyneen kohdalla, ehkä hiukan ”vakiasiakkaiden” kohdalla.

13.2.3 Riippuu tilanteesta -vastaukset

Sairaanhoitajista neljä katsoi asennoitumisen vaikuttavan päihtyneen hoitoon tilanteesta riippuen. Vastausten sisältö kiteytyy seuraavissa vastauksissa:

Kyllä joissain tapauksissa.

Yksilöllistä.

Yksi vastaajista ei katso sairaanhoitajan asennoitumisella olevan merkitystä päihtyneen hoidossa.

Päihtyneet asiakkaat saavat muihin nähden enemmän huomiota ja resursseja jo valmiiksi vähäisistä resursseista, on hoitajien asenne mikä tahansa. Pakko öykkäroivia päihtyneitä on hoitaa enemmän, etteivät he häiritsisi niin paljon oikeasti sairaita potilaita.

13.3 Miten sairaanhoitajien jaksamista päihtyneiden asiakkaiden hoidossa voisi tukea?

Kysymykseen miten sairaanhoitajien jaksamista päihtyneiden asiakkaiden hoidossa voisi tukea, vastasi 16 sairaanhoitajaa. Vastauksista nousi esille kahdeksan pääryhmää: ”työnohjaus ja työnkierto”, ”koulutus”, ”asennekasvatus”, ”työturvallisuus”, ”selviämisasema ja jatkohoitopaikat”, ”positiivinen palaute”, ”työyhteisön tuki” ja ”ei mitenkään.”

Työnohjaus ja työnkierto

Kolme vastaajista katsoi työnohjauksen olevan tärkeää jaksamisen kannalta. Työnkierto nostettiin esille samoin kolmessa vastauksessa.

Työnohjaus

Työnkierto eri pisteissä.

Työnkierto yövuoroista päivävuoroihin.

Meidän työyhteisössä kierrättämällä hoitajia eri työpisteissä tarpeeksi. Vaikka päihtyneitä tapaa joka erikoisalalla, terveyskeskuspäivystyksessä heitä on eniten.

Koulutuksen tarve

Seitsemän vastaajaa kaipasi lisää koulutusta. Yhdessä vastauksessa oli perustelu koulutuksen tarpeelle: *”Enemmän koulutusta miten päihtynyttä tulee hoitaa ja mitä asioita tulee huomioida päihtyneen terveydentilassa.”*

Asennekasvatus

Kaksi vastaajaa koki sairaanhoitajien kaipaavan asennekasvatusta. *”Yleisen asennoitumisen muuttaminen, muistutetaan miksi olemme täällä -> vaikuttaa potilaan hoitoon, jolloin jaksaa paremmin, muut lakkaavat ruikuttamasta potilaista”.*

Työturvallisuus

Työturvallisuus nousi esille kolmesta vastuksesta, esim. vartijaa toivottiin kokopäiväiseksi. Lisäksi toivottiin lisää oikeuksia lepovöihin ja eristämiseen aggressiivisen tai karkailevan potilaan kanssa. Riittävä henkilökuntamäärä katsottiin myös tärkeäksi työturvallisuuden kannalta. Viisi vastaajaa toivoi selviämisasemaa ja toimivaa päihtyneen jatkohoittoa.

Perustamalla selviämisaseman, johon ”kännisistä” kiinnostuneen voisivat hakeutua töihin.

Selviämisasema! Päivystykseen ei tarvitsisi tuoda päihtyneitä selviämään kadulta. Joku muu paikka tälle.

Selviämisasema potilaille. Päihtynyt ei aina kuulu päivystykseen automaattisesti.

Jatkohoitopaikat toimivimmiksi: Hyvinkään A-klinikalla puhelinaika naurettavan lyhyt. Hoitaisivat kattavammin!

Päivystykseen oma sosiaalityöntekijä, joka kiertäisi aamulla ja tarjoaisi katkoa ym. apua päihtyneelle. Heillä on viimeisin tieto alueen katkopaikoista ja selvittelytyö olisi pois hoitajilta. Katkopaikan hankkiminen on kokemukseni mukaan erittäin aikaa vievää.

Positiivinen palaute

Kaksi vastaajaa koki positiivisen palautteen lisäävän jaksamista.

Kiitosta -> tunne onnistumisesta.

Olisi kiva kuulla, jos joku on raitistunut saamansa hoidon/puhuttelun ansiosta. Se jos mikä tukisi. Jaksamiseen vaikuttaa niin vahvasti päihtyneen itsensä asenne ja käytös.

Työyhteisön tuki

Yhden vastaaja mielestä työyhteisön tuki ja huumori auttavat jaksamaan.

Työyhteisön tuki ja huumori auttavat.

Ei mitenkään

Yksi vastaajista ei ollut varma, voiko jaksamista tukea mitenkään. Vastauksessa ei ollut perustelua tälle kommentille.

14 Tulosten yhteenveto

Työni ensimmäinen tutkimusongelma haki vastausta kysymykseen, miten sairaanhoitajat suhtautuvat päihtyneeseen asiakkaaseen. Tulosten mukaan asennoituminen on pääosin negatiivista. Seppä (2003) toteaa, että terveydenhuollonhenkilökunta saattaa pitää päihteen aiheuttamien ongelmien hoitoa toimenkuvaansa kuuluvana, mutta asennoituminen päihdeongelmaiseen itseensä on kielteistä ja pessimististä. Päihdeongelmaista on hoidettu esimerkiksi murtuneen nilkan, haimatulehduksen ja maksakooman takia tai kun päihdeongelmainen on ajautumassa deliriumiin. Vain harvoin tartutaan kuitenkaan taustalla olevaan varsinaiseen ongelmaan - päihteiden väärinkäyttöön. (Seppä 2003, 92.) Työni tuloksista käykin ilmi, että päihtymistila vaikuttaa hoidon saamiseen, eivätkä päihtyneet saa yhdenvertaista hoitoa muihin potilaisiin nähden.

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista valtaosa (79,2 %) koki päihtyneen aiheuttavan negatiivisia tunteita. Myötätuntoa valtaosa (66,7 %) ei päihtynyttä kohtaan tuntenut. Vaikka päihtyneen suhtautuminen sairaanhoitajaa kohden oli usein epäkiitollista, suurimmalla osalla vastanneista (62,5 %) oli kuitenkin onnistumisen kokemuksia heidän hoidostaan. Muita potilaita vaativammaksi päihtyneiden hoidon koki 79,2 % hoitajista ja lähes kaikki vastanneet (95,8 %) kokivat päihtyneen käyttäytymisen aiheuttavan hankaluuksia vastaanotolla. Vaikeuksista huolimatta vastaajista lähes puolet (45,8 %) katsoi päihdeongelman puheeksi ottamisen kuuluvan sairaanhoitajan tehtävään. Suurin osa (70,8 %) katsoi tehtäväkseen myös motivoituneen päihtyneen ohjaamisen jatkohoitoon. Esteeksi tälle voi kuitenkin nousta työpaikkakohtaisen päihtyneen hoitoa koskevan ohjeistuksen puuttuminen ja puutteelliseksi sekä toimimattomaksi havaittu vastaanoton ulkopuolinen jatkohoitotilanne. Vastanneista 70,8 % koki ongelmaksi puuttumisen esteeksi ajanpuutteen ja 79,2 % ei mielestään ollut saanut työnantajaltaan riittävästi koulutusta. Selkeästi suurin osa vastaajista (66,7 %) oli sitä mieltä, että päihtyneelle kuuluu oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Kuitenkin 50 % vastaajista koki päihtymistilan vaikuttavan hoidon saamiseen ainakin jonkin verran ja 54,2 % oli sitä mieltä, etteivät päihtyneet saa yhdenvertaista hoitoa muihin nähden.

Toinen tutkimusongelma pyrki selvittämään kokivatko sairaanhoitajat asennoitumisensa vaikuttavan heikentävästi päihtyneen asiakkaan hoitamiseen. Lähes puolet vastasi kyllä, kolmen

sairaanhoitajan vastatessa ”ei”. Vastauksissa nousi esille erilaisia syitä, jotka vaikuttavat negatiivisesti hoitamiseen. Merkittävimmäksi syyksi nousi turhautuminen, sillä päihtyneet ovat toistuvasti avun tarpeessa päihdeongelman vuoksi. Heidän hoitamisensa koettiin pakkopullaksi ja päihtyneen omalla asennoitumisella sekä sairaanhoitajan omilla voimavaroilla oli mainittava vaikutus päihtyneen hoitamiseen. Tutkimuksessa nousi esille myös tiedon puute ja koulutuksen tarve. Kelleher (2007) on saanut tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Hänen (2007) mukaansa useissa tutkimuksissa on noussut esille, että terveydenhuollon ammattilaisten negatiiviset asenteet ja tiedon puute ovat vaikuttamassa haitallisesti päihdeongelmaisten saamaan hoitoon. Itse päihdeongelma ensihoidon yksiköissä havaittiin vain 25-50% potilaista eli valitettavan moni potilaista jäi diagnosoimatta ja auttamisen mahdollisuus menetettiin. (Kelleher 2007.) Oman tutkimukseni eräessä vastauksessa asennoitumisen katsottiin vaikuttavan myös päihtyneen henkilön kunnolliseen tutkimiseen.

Kolmannella kysymyksellä haettiin vastausta siihen, miten sairaanhoitajien tukemista päihtyneen hoitamisessa voisi tukea. Selkeästi eniten toivottiin lisää koulutusta. Havio, Inkinen ja Partasen (2008) mukaan sairaanhoitajalla tulisi olla perustiedot päihdeistä ja niiden käyttöön liittyvistä ongelmista. Päihderiippuvuuden synty ja sen vaikeus sekä sitkeä ote ihmisestä olisi hyvä ymmärtää, sillä sen myötä päihtyneen problematiikkaa voisi ymmärtää paremmin. Sairaanhoitajan olisi hyvä olla tietoinen eli havahtua tarkastelemaan omaa asennoitumistaan päihtyneeseen asiakkaaseen pystyäkseen suhtautumaan ammatillisesti ja auttavasti päihdeongelmaiseen. Päihtyneen hoitoa koskeva lainsäädäntö ja suositukset olisi hyvä hallita samoin kuin tuntea paikallinen palveluverkosto. Varhaisen puuttumisen taitoja tulisi käyttää rohkeasti. (Havio ym. 2008.) Eräs vastaajista kaipasi lisää tietoa siitä, miten päihtynyttä tulee hoitaa ja mitä asioita tulee huomioida päihtyneen terveydentilassa. Koulutuksen tarve on siis ilmeinen. Kun tietopohja päihdeongelman luonteesta kasvaa, sillä arvatenkin on merkitystä myös asennoitumiseen. Tuen muiksi muodoiksi mainittiin mm. työnkierto ja työturvallisuuden parantaminen sekä riittävä henkilökunta. Esille nostettiin erityisesti selviämisasemien perustaminen ja toimivan jatkohoito järjestelmän luominen. Myönteinen palaute koettiin sekin jakamista tukevaksi.

15 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Tutkimukseni mukaan päihtynyt herätti sairaanhoitajissa negatiivisia tunteita, eikä heitä kohtaan ollut helppo tuntea myötätuntoa. Vaikka päihtyneen suhtautuminen sairaanhoitajaa kohtaan oli usein epäkiitollista, suurimmalla osalla vastanneista oli kuitenkin onnistumisen kokemuksia heidän hoidostaan. Päihtyneen käyttäytymisen koettiin aiheuttavan vaikeuksia vastaanotolla ja hänen hoitonsa vaativammaksi kuin muiden potilaiden hoito. Lisäksi päihtyneiden koettiin vievän aikaa muiden potilaiden hoitotyöstä.

Vaikeuksista huolimatta päihdeongelman puheeksi ottamisen ja motivoituneen päihtyneen ohjaamisen jatkohoitoon katsottiin kuuluvan sairaanhoitajan tehtävään. Esteeksi tälle näytti kuitenkin nousevan työpaikkakohtaisen päihtyneen hoitoa koskevan ohjeistuksen puuttuminen ja puutteelliseksi sekä toimimattomaksi havaittu vastaanoton ulkopuolinen jatkohoitotilanne. Merkittävä osa vastaajista toivoi työnantajalta lisää koulutusta päihtyneen hoidosta. Ongelmaksi koettiin myös ajanpuute. Yleinen mielipide oli, että päihtyneelle kuuluu oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa, mutta päihtymistilan nähtiin kuitenkin vaikuttavan hoidon saamiseen. Hieman yli puolet vastaajista olikin sitä mieltä, etteivät päihtyneet saaneet yhdenvertaista hoitoa muihin nähden.

Tutkimukseni tulokset viittaavat siihen, että sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneeseen on negatiivista ja hänen hoitonsa koetaan haastavammaksi kuin muiden potilaiden hoito. Tiedon puute koetaan ongelmaksi ja työnantajalta toivottaisiin enemmän tukea. Kuitenkin tarkasteltaessa tutkimustuloksia lähemmin on löydettävissä seikkoja, joita muuttamalla sairaanhoitajille suotaisiin mahdollisuus korjata asennoitumistaan ja samalla kohentaa hoitotyön laatua.

Jos sairaanhoitajat kokevat, ettei heidän tieto- ja taitopohjansa päihtyneen hoitoon ole riittävää, voitaisiin koulutusta lisäämällä auttaa heitä saamaan varmuutta työskentelyynsä. Kun hoitaja ei tunne hallitsevansa tiedollisesti tai taidollisesti tekemäänsä työtä, motivaatio laskee. Tämän seurauksena asennoituminen haastavaan asiakkaaseen on vaarassa muuttua negatiiviseksi. Päihdeongelman hankalan luonteen selkiytyminen auttaisi havaitsemaan, että eniten ärsyttävimmät seikat päihtyneessä ovat useimmiten vaikean ja pitkälle kehittyneen sairauden oireita, eivätkä siten tahallisia. Työnantajan, jonka palveluksessa päihtyneitä runsaasti kohdataan, tulisi panostaa koulutukseen. Kasvanut tieto/taito saattaa ideaalitilanteessa johtaa siihen, että asiakas pääsee jatkohoitoon, toipuu ja poistuu pyöröovi-ilmiöstä sen sijaan, että palaa pian kadulta takaisin hoidon tarpeessa. On työnantajankin etu, että työyhteisö muuttuu suvaitsevammaksi ja osaavammaksi työssään.

Riittävä henkilökuntamäärä mahdollistaa niin sairaanhoitajan kunnollisen paneutumisen päihdyneen asiakkaan hoitoon, kuin työturvallisuudenkin ylläpitämisen. Työturvallisuus onkin asia, josta ei voida neuvotella. Työntekijän tulee voida tehdä työtään turvassa. Päivystysluonteisessa hoitotyössä on suuri riski siihen, että asiakas saattaa olla vaarallinen. Hoitajan tulee voida luottaa siihen, että henkilökuntaa on riittävästi ja vartija/vartijat saadaan nopeasti paikalle. Mielestäni turvallisen työympäristön varmistaminen on velvollisuuden lisäksi työnantajan osoitus siitä, että hoitajista ja heidän terveydestään välitetään. Työni tulosten mukaan hoitajat kokivat päihdyneiden hoitamisen vievän runsaasti aikaa muiden potilaiden hoitotyöstä. Voidaan kysyä, tarkoittaako tämä sitä, että kiireellisessä tilanteessa päihdyneen hoitaminen mielletään lähtökohtaisesti toissijaiseksi muiden potilaiden hoitoon verraten? Lisäämällä henkilökuntaa tätä eettisesti arveluttavaan toimintaan johtavaa ajatusta on mahdollista muuttaa.

Mikäli työpisteessä ei ole toimivaa suunnitelmaa päihdyneen ohjaamisesta jatkohoitoon, jää hänen kohtalonsa kokonaan sairaanhoitajan kekseliäisyyden varaan. Kun työn luonne on hektinen, tarvitaan selkeä ohjeistus jatkohoidon järjestämisestä. Tämä tietysti edellyttää sitä, että paikkakunnalla on toimiva ja selkeä päihdehoitojärjestelmä. Vastauksista nousi hienosti esille tarve selviämisasemille ja jatkohoidolle. Arvokas ajatus oli myös oman päihdehoitoon suuntautuneen sosiaalityöntekijän saaminen päivystysvastaanotolle.

Keskustelussa ei siis ole tärkeää ainoastaan päihdyneen asema. Myös sairaanhoitajien tulee saada kokea mielekkyyttä ja onnistumista työssään. On kuitenkin selvää, että vaikka kaikki motivoitumista tai asennoitumista oikeaan suuntaan kehittävät keinot olisivat käytössä, ei niilläkään voida taata arvokasta asennoitumista päihtynyttä asiakasta kohtaan. Työni vastauksista nousi esille myös asennekasvatuksen tarve. On vaikeaa sanoa, voidaanko aikuista ihmistä enää kasvattaa ajattelemaan ja kokemaan toisin. Toinen yhtä hyvä kysymys on, kenelle sellainen tehtävä kuuluu. Tiedämme kuitenkin, että pelko ja tietämättömyys aiheuttavat asenteellisuutta. Koulutusta ja muut riittävät apuvälineet tarjoamalla työnantajalla onkin kunnoinen mahdollisuus kohentaa alaistensa asennemaailmaa ja samalla nostaa osaamisen tasoa. Nykyisin on mahdollista pyytää myös päihdeongelmasta selvinneitä kokemusasiantuntijoita kertomaan kokemuksistaan ja päihdeongelman luonteesta. Sairaanhoitajat näkevät työssään päihdyneestä useimmiten epämiellyttävimmän puolen. Kohdatessa päihdeongelmasta selvinnyt ihminen on mahdollista huomata, että päihdeongelman takana on aivan tavallinen, apua tarvitseva ihminen.

Koko ongelman ratkaisu ei voi olla ratkaistavissa työnantajan voimin. Päihdeongelmaisia on paljon ja nykytietämyksen valossa heidän määränsä tulee kasvamaan. Jo nyt päihdehoitoketju koetaan riittämättömäksi ja toimimattomaksi. Tiedämme myös, että resursseja päihdehuollosta vähennetään. Yhteiskunta on suurien vaikeuksien edessä ja koko päihdehoidon tilanne

vaatisi kokonaisvaltaista, pitkäjänteistä kehittämistä. Tutkimuksessani käsiteltiin sairaanhoitajien asennoitumista päihtyneeseen asiakkaaseen. Tuloksista nousi esille se, että päihtyneet ovat toistuvasti avun tarpeessa ja heidän hoitonsa koettaan turhauttavaksi. Tämä on ymmärrettävää. Yhteiskunnan tasolla ongelmiin tulisi löytää ratkaisuja, ennen kuin päihderiippuvainen on päivystyksen ”vakiasiakas”. Ennaltaehkäisevän työn muotoja tulisi kehittää.

Päihdeongelma on vaikea, useimmiten kuolemaan johtava sairaus. Sitä sairastava ihminen herättää runsaasti erilaisia ajatuksia. Viime kädessä päihdeongelmainen on kuitenkin tasavertainen toisten ihmisten rinnalla. Tämän tasavertaisuuden täytyy tulla esille niin hoidossa kuin asennoitumisessakin. Etenkin hoitotyössä, joka kivijalka on eettisyys, tasavertaisuuden tulee olla työtä ohjaava rikkumaton perusarvo.

Turhia tutkimuksia on turhaa tehdä. Tehdyn tutkimuksen on mahdollista toimia siltana kehitykselle. Työni perusteella tiedämme, millaista on sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneeseen asiakkaaseen tutkimassani kohteessa. Lisäksi tiedämme millaisia koetut ongelmat ovat ja millaista tukea he tarvitsisivat työskentelyynsä. Toivoisinkin työnantajien kiinnittävän huomiota tutkimuksen tuloksiin ja ryhtyvän kehitystyöhön yhdessä omien asiantuntijoidensa, sairaanhoitajien kanssa.

Lähteet

- Alho, H., Malmivaara, A., Tarnanen, K. 2010. Alkoholiongelman hoito. Käypähoito. Viitattu 27.1.12. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00049#s2>
- Alho, H., Forsell, M., Jääskeläinen, M., Partanen, A., Virtanen, A. 2010. Huugetilanne Suomessa 2010. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 5.3.12. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979ec427-0e86-4a05-84ba-21cef2c40200>
- Attendo MedOne 2010. Selviämisen aseman asiakasmäärät syys-lokakuussa 2010.
- Corner, J. 1991. In search of more complete answer to research questions. Quantitative versus qualitative research methods: is there a way forward? Journal of Advanced Nursing 16, 718-727.
- Duodecim 2012. Lääketieteen sanasto. Viitattu 21.1.12. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02832&p_teos=ltt&p_osi_o=&p_selaus=
- Hakkarainen P., Metso, L., Salasuo, M. 2010. Huugetilanteen yleistyminen. Yhteiskunta-politiikka 4/2011, 397-411.
- Happell, B., Taylor, C. 2001. Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing; Jun2001, Vol. 10 Issue 2, p87, 10p. 87-96.
- Havio, M., Inkinen, M., Partanen A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Helamo, I. 2008. Hoidollinen interventio - puutu, puhu ja kohtaa. Artikkelikirjassa: Holmberg, J., Hirchovits, T., Kylmänen, P., Agge, E. (toim) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 260.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Inkinen, M., Partanen, A., Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- International Council of Nurses 2011. Viitattu 3.1.12. <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>
- Irti huumeista ry. Hoito ja hoitoonohjaus. Viitattu 21.1.12. http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/hoito_ja_hoitoonohjaus
- Janhonen, S., Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Juujärvi, S., Myyry, L., Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Karvinen, M. 2010. Päihdeongelmat kuormittavat päivystystä. Sairaanhoidaja 12/2010, 11-12.
- Kelleher, S. 2007. Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. Accident and Emergency Nursing. Volume 15. Issue 3, 161-165.

Koponen, L., Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H., Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi, Hoitotiede-lehti 1/99, 3-12.

Kämäri, M., Lempinen, P., Leppänen, N. 2009. Hoitajien asenteet maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Käypähoito 2011. Alkoholiongelman hoito. Viitattu 13.2.12.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.

Leino-Kilpi H., Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lindqvist, M. 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. Viitattu 27.1.12.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Niinistö, L. 2006. Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. Viitattu 27.1.12.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-527.pdf

Patronen, K. 2005. Vapaaehtoinen sitoumus suitsii väärinkäyttöä: Apteekkisopimus jo useammalla tuhannella lääkeriippuvaisella. Artikkelin Suomen Lääkärilehti 2005. Viitattu 22.1.12.

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=2877/type=1

Päihdelinkki 2011. Pikatietoa kannabis, amfetamiini, opiaatit. Viitattu 22.1.12.

<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Kannabis>

Rauhala, M. 2008. Päihdepotilas perusterveydenhuollossa. PowerPoint- esitys. Viitattu 7.2.12.

<http://www.fskompetenscentret.fi/index.php?target=File&action=show&cms%5Bid%5D=116>

Rikoslaki 1889.

Routio, P. 2007. Toteavan analyysin metodin valitseminen. Viitattu 18.2.12.

<http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/070.htm>

Sairaanhoitajaliitto 2012. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet, Viitattu 27.1.2012.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim 8/2009, 897-904.

Seppä, K. 2003. Asenteet. Artikkelin kirjassa Salaspuro, M., Kiianmaa, K., Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Seppä, K., Alho, H., Kiianmaa, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Maailman terveysjärjestö WHO. Viitattu 19.02.12.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/kansv/kvwho/index.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Helsinki. Viitattu 16.2.12.

<http://pre20090115.stm.fi/aa1164721227855/passthru.pdf>

Suomen perustuslaki 1999.

Suomen Sydänliitto Ry 2012. Tilastot ja sanasto. Viitattu 11.2.12.
<http://www.sydanliitto.fi/tilastot-ja-sanasto>

Tanhua, T., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo A., Kotovirta, E. Huuometilanne Suomessa 2011. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos 2006. Viitattu 13.1.12.
<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/paihde/huometilannesuomessa2011.pdf>

Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos 2011. ICD-10 tautiluokitus. Viitattu 13.2.12.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Päihdetyön koulutuksen minimisisältö. Viitattu 27.1.12.
<http://info.stakes.fi/paihdetuonkoulutus/FI/koulutuksenminimisisalto/minimisisalto.htm>

Tilastokeskus 2008. Kuolemat, joihin liittyy alkoholi, vuodet 1998-2007. Viitattu 22.1.12.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2007/ksyyt_2007_2008-12-04_tau_003.html

Työ- ja elinkeinotoimisto 2012. Ammattinetti. Viitattu 21.1.12.
<http://www.mol.fi/etusivu/index.html>

Valvira 2012. Ammattioikeudet. Viitattu 21.1.12.
<http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo 2011. Kvantitatiivisten menetelmien tietokirjo. Viitattu 13.2.12. <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/intro.html>

Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo 2010. Menetelmäopetuksen tietokirjo. Viitattu 13.2.12. <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/>

Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupa.....	58
Liite 2. Saatekirje.....	59
Liite 3. Kysymyslomake	59

Liite 1.

56

Liite 1.

5712012

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Salla Joanna Postari	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Lahihoitaja, SH-opiskelija	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Hyvinkää	
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22 05800 HYVINKÄÄ	
Opinnäytetyön ohjaaja/oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Lehtori Auliikki Yliniiva THM, SHO, SH / 046 856 7691 / auliikki.yliniiva@laurea.fi	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa [Redacted]	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimet [Redacted]	
	Työpaikka [Redacted]	
	Sairaanhoitajan nimi [Redacted]	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee [Redacted]	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneeseen asiakkaaseen päivystysvastaanotolla	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjainkoko 10) Opinnäytetyöllä selvitetään sairaanhoitajien suhtautumista päihtyneeseen asiakkaaseen päivystysvastaanotolla. Tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen ja tiedon keruu tapahtuu kysymyslomakkeella, jossa on 28 väittämää. Työstä ja kysymysten vastauksista ei käy ilmi tutkimuspaikkaa tai henkilökohtaisia tietoja. Loppuraportti toimitetaan myös tutkimuspaikkaan	
	Asiasanat (max 5 kpl) sairaanhoitaja, asennoituminen, päihtynyt asiakas, päivystysvastaanotto	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Uusena tutkinto <input type="checkbox"/> Maisterin tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteellinen <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä?	Arvioitu aloituspvm. tammikuu 2012
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS-konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Arvioitu päättämispvm. syyskuu 2012
	<input type="checkbox"/> Länns-Suomen sairaanhoitopiiri <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?

15032010_TK/RM

Liite 1.

Kustannuslupa <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkimuslupavainuoksekkujen määrä n.50
Aineiston keruun menetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvausarvo toimintaan, mihin <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta <i>Sairaan hoitoon ja tutkimukseen</i>
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. Päiväys 14.3.2012 <i>Salla Posteri</i> Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimiselvennys SALLA POSTERI		

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksensä (ks. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS 8/7/2012	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikeusvaatimusohje liitteenä
	Tutkimuslupien alkamispäivä Tutkimusluvan päättymispäivä

Tarvittavat liitteet

- ☒ Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
☒ Aineiston keruulomake
☒ Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- ☐ Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
☐ Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
☐ Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
☐ Valtioosasto/ salassapito- ja käyttöoikeus
☐ Tutkittavan tiedote ja suostumus
☐ Eettisen toimikunnan lausunto
☐ STM:n lupa
☐ Henkilörekisteriseloste

Liite 2.

ARVOISA SAIRAANHOITAJA!

Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan kyselyyni yhteispäivystyksessänne. Teen opinnäytetyötä aiheesta ”Sairaanhoitajien asennoituminen päihtyneeseen asiakkaaseen päivystysvastaanotolla”.

Päihtyneiden asiakkaiden määrä on jatkuvasti kasvussa. Olen kiinnostunut selvittämään sairaanhoitajien asennoitumista päihtyneeseen asiakkaaseen sekä asennoitumiseen vaikuttavia seikkoja. Tarkoitus on selvittää myös, miten sairaanhoitajat kokevat asennoitumisensa vaikuttavan työhönsä ja millaista tukea he mielestään tarvitsisivat päihtyneiden kanssa työskentelemiseen.

Voit vastata kyselyyni turvallisesti mielin. Kysely tehdään Sinun työyksikössäsi, mutta työni missään vaiheessa ei tule käymään ilmi, missä kysely on tehty. Kysymyslomake on täysin anonyymi eli vastaajaa ja vastauksia ei voida yhdistää mitenkään. Oikean vastauksen ympäröiminen on vaivatonta eikä vie paljonkaan aikaasi. Vastaathan kysymyksiin rohkeasti, näin saamme todellisen kuvan tilanteesta ja käsityksen, onko asiassa kehitettävää. Opinnäytetyöprosessiani sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus ja vastauslomakkeet hävitetään analysoinnin jälkeen.

Toivon runsasta osallistumista kyselyyni ja kiitän jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin Saira Postari, Laurea Ammattikorkeakoulu, Hyvinkää

Liite 3.

KYSYMYSLOMAKE

Väittämissä käytetään seuraavaa 5-portaista asteikkoa:

- 1 = täysin eri mieltä
- 2 = jonkin verran eri mieltä
- 3 = ei samaa eikä eri mieltä
- 4 = jonkin verran samaa mieltä
- 5 = täysin samaa mieltä

Ole hyvä ja ympäröi mielestäsi sopivin vaihtoehto, kiitos.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Päihtymistila ei vaikuta hoidon saamiseen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Päihtyneiden asiakkaiden suhtautuminen on usein epäkiitollista hoitajaa kohtaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Minulla on riittävästi tieto/taitoa päihtyneen asiakkaan hoidosta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tunnen myötätuntoa päihtynyttä asiakasta kohtaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Päihtyneet asiakkaat saavat työyhteisössäni yhdenvertaista hoitoa muihin nähden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Päihtynyt asiakas herättää toisinaan negatiivisia tunteita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Kollegoideni asennoituminen vaikuttaa omaan asennoitumiseeni päihtynyttä kohtaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Päihtynyt herättää minussa pelkoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Koen, että päihtyneen asiakkaan lähestyminen on haastavaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Päihtyneelläkin asiakkaalla on oikeus vaikuttaa hoitoonsa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Päihtyneiden asiakkaiden käyttäytyminen aiheuttaa hankaluuksia vastaanotolla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Päihtyneiden asiakkaan hoito on vaativampaa kuin muiden asiakkaiden hoito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Saan tukea työnantajalta päihtyneiden asiakkaiden kanssa työskentelemisessä jaksamiseen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Liite 3.

1=täysin eri mieltä 2=jonkin verran eri mieltä 3=ei samaa eikä eri mieltä
4=jonkin verran samaa mieltä 5=täysin samaa mieltä

14. Olen mielestäni ennakkoluuloton hoitaessani päihtyneitä asiakkaita.	1	2	3	4	5
15. Päihtyneiden asiakkaiden hoito vie aikaa muiden potilaiden hoitotyöstä.	1	2	3	4	5
16. Toivoisin, että olisi enemmän aikaa ottaa asiakkaan päihteenkäyttö puheeksi.	1	2	3	4	5
17. Työyhteisössäni päihtynyt asiakas ohjataan jatkohoitoon.	1	2	3	4	5
18. Olen toisinaan turhautunut päihtyneiden asiakkaiden hoitamiseen heidän toistuvan avun tarpeensa vuoksi.	1	2	3	4	5
19. Minulla on onnistumisen kokemuksia päihtyneen asiakkaan kohtaamisesta ja hoidosta.	1	2	3	4	5
20. Päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan tulee antaa päihtyneelle tietoa päihteenkäytön haitoista.	1	2	3	4	5
21. Saan halutessani työnohjausta.	1	2	3	4	5
22. Päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan tehtävään kuuluu ottaa puheeksi päihtyneen asiakkaan päihteenkäyttö.	1	2	3	4	5
23. Päivystyksessä ei ole aikaa ottaa asiakkaan päihteenkäyttöä puheeksi.	1	2	3	4	5
24. Työyhteisössäni on suunnitelma päihtyneen asiakkaan hoidosta ja jatkohoidon tarpeen arvioinnista.	1	2	3	4	5
25. Uskon päihtyneen asiakkaan hyötyvän saamastaan ohjauksesta tai hoitokontaktin järjestämisestä.	1	2	3	4	5
26. Olen saanut riittävästi työnantajan järjestämää koulutusta päihtyneen asiakkaan hoitotyöstä.	1	2	3	4	5
27. Päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan tulee auttaa päihteenkäytön vähentämiseen/lopettamiseen motivoitunutta asiakasta jatkohoitokontaktin saamisessa.	1	2	3	4	5
28. Asennoitumiseni vaikuttaa siihen, miten hoidan päihtyneitä asiakkaita.	1	2	3	4	5

Liite 3.

Alla oleviin kysymyksiin voit vastata vapaasti, ole hyvä.

1. Vaikuttaako sairaanhoitajien asennoituminen mielestäsi heikentävästi päihtyneen asiakkaan hoitoon?

2. Miten sairaanhoitajien jaksamista päihtyneiden asiakkaiden hoidossa voisi tukea?

Liite 3.

**SYDÄMELLISET
KIITOKSET
YHTEISTYÖSTÄ!**